

Identité

Nom d'usage :

Nom de naissance (si marié(e)) :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M F

Vit Seul ? Oui Non En couple : Oui Non

Adresse du lieu de vie principal :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_|_|

Commune :

Téléphone : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Mail :

Personne de confiance :

Qualité :

Nom + tél :

Si mineur

Noms et prénoms titulaire(s) de l'autorité parentale :

Téléphone titulaire(s) de l'autorité parentale

Téléphone 1 : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Téléphone 2 : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Médecin traitant Nom et prénom Ville d'exercice :

Psy traitant Nom et prénom Ville d'exercice :

Renseignement sur la TS

Primosuicidant : Oui Non

Date TS (actuelle) :/...../.....

Mode de TS : Association alcool : Oui Non Passage en réanimation : Oui Non

Contexte/motif allégué par le patient:

.....
.....
.....

Date d'entrée à l'hôpital :/...../..... Date de sortie :/...../.....

Orientation : Préciser les grandes lignes du « **compromis de sortie** » (hospitalisation (si oui, lieu), RAD, plan de soin proposé, adhésion du patient et/ou des proches, vécu du passage aux urgences et/ou de l'hospitalisation, etc.) :

.....
.....
.....

Nom(s), prénom(s), fonction(s) des personnes ayant pris en charge et donné la carte ressources au patient :

.....
Centre Adresseur :

Le patient ne souhaite pas être appelé