

Le Futur Antérieur Route de Chalvet 05200 EMBRUN	DPA	EN_1_10 Page 1/4
OPC PR 1 Prise en charge médicale et infirmière		
Fiche de renseignements médico-psychologiques		

Le Futur Antérieur

Etablissement de Soins Psychiatriques pour Adolescents

Route de Chalvet – 05200 EMBRUN

☎ : 04.92.43.00.71

☎ : 04.92.43.54.36

E-mail MSSanté : lefuturanterieur@enovacom.mssante.fr

Site Internet : le-futur-antérieur.fr

Adresse mail sécurisée : lefuturanterieur@enovacom.mssante.fr

A remplir impérativement par le médecin psychiatre
et à adresser par courrier ou par messagerie sécurisée MSSanté au médecin psychiatre du Futur Antérieur,

NOM : **PRENOM :**
DATE DE NAISSANCE :

Code CIM :

Motif de la demande d'admission :

Situation clinique actuelle :

Hospitalisation en cours : ☐ Oui ☐ Non

Symptômes présentés :

- signes psychomoteurs :

- fonctions intellectuelles :

- langage :

- conduites sociales :

- émotions :

- troubles des conduites :

- volonté :

- troubles instrumentaux :

Le Futur Antérieur Route de Chalvet 05200 EMBRUN	DPA	EN_1_10 Page 2/4
OPC PR 1 Prise en charge médicale et infirmière		
Fiche de renseignements médico-psychologiques		

Antécédents personnels :

- Hospitalisations antérieures :

- Type de prise en charge :

- Troubles du développement :

- Autres :

Antécédents familiaux :

Décès dans la famille proche (dates et circonstances) :

Parents divorcés ou séparés : ☐ Oui ☐ Non Si oui date :

Difficultés psychologiques dans la famille proche :

Adoption dans le cercle familial :

Traitements en cours :

Le Futur Antérieur Route de Chalvet 05200 EMBRUN	DPA	EN_1_10 Page 3/4
OPC PR 1 Prise en charge médicale et infirmière		
Fiche de renseignements médico-psychologiques		

Adhésion et objectifs de prise en charge au Futur Antérieur :

Evolution de l'adhésion du patient au projet :

Objectifs de prise en charge sur le plan médical :

Objectifs de prise en charge sur le plan éducatif :

Objectifs de prise en charge sur le plan pédagogique :

Engagement du psychiatre adressant en cas de besoin de réorientation :

Je soussigné Dr _____ m'engage à mettre tous les moyens à ma disposition afin de fournir une solution de prise en charge à mon(ma) patient(e) en cas d'acutisation des troubles obligeant à une hospitalisation dans un milieu plus adapté.

COORDONNEES du médecin psychiatre adressant :

NOM, Prénom, spécialisation :

Service :

Adresse :

Adresse mail (obligatoire) :

Adresse mail sécurisée MSSANTE :

Tél. :

Date :

Signature et cachet :