FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES

Document confidentiel à usage médical strict

A remplir impérativement par le médecin psychiatre
et à adresser par courrier ou par messagerie sécurisée MSSanté au médecin psychiatre du Futur Antérieur : lefuturanterieur@enovacom.mssante.fr

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET ÉTAT CIVIL

NOM:	**PRÉNOM:**
DATE DE NAISSANCE:	**DATE DE LA DEMANDE:**

2. MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION

CODE CIM:

MOTIF DE LA DEMANDE D'ADMISSION:

3. SITUATION CLINIQUE ACTUELLE (SYMPTÔMES PRÉSENTÉS)

- **Signes psychomoteurs:**
- **Troubles des fonctions intellectuelles:**
- **Troubles du langage:**
- **Troubles des conduites sociales:**
- **Troubles des émotions:**
- **Troubles du comportement :**

• Troubles instrumentaux:

• Addictions:

4. HISTOIRE DE LA MALADIE, ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET FAMILIAUX

HISTOIRE DE LA MALADIE :

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS:

• Hospitalisations antérieures:

• Type de prise en charge et chimiogramme:

• Troubles du développement:

• Présence de comportement d'addiction:

• Autre:

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX:

• Difficultés psychologiques dans la famille proche :

• Évènements familiaux (décès, adoption, séparation, divorce) :

• Mesure judiciaire ou éducative / détenteur de l'autorité parentale :

4. TRAITEMENTS EN COURS

TRAITEMENTS EN COURS :

4. ADHESION ET OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE

ADHÉSION ET OBJECTIFS DE PRISE EN CHARGE AU FUTUR ANTÉRIEUR :

• Évolution 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 :

6. ENGAGEMENT ET COORDONNÉES DU PSYCHIATRE ADRESSANT

ENGAGEMENT DU PSYCHIATRE ADRESSANT EN CAS DE BESOIN DE RÉORIENTATION :

Je soussigné(e) 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.

COORDONNÉES DU MÉDECIN PSYCHIATRE ADRESSANT :

• NOM, Prénom, spécialisation :

• Service :

• Adresse :

• Adresse mail (obligatoire) :

• Adresse mail sécurisée MSSANTE :

• Tél. :

• Service de recours en cas d'urgence :

Date :

Signature et cachet :