



1. DONNEES GENERALES :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :/...../..... Lieu de Naissance :

Numéro Sécurité Sociale :

Adresse :

Tel :

E. Mail :

Situation actuelle :

- Familiale :
- Professionnelle :

Coordonnées du médecin généraliste traitant :

Coordonnées du médecin psychiatre traitant :

2. ANTECEDENTS MEDICAUX :

↳ ANTECEDENTS MEDICO CHIRURGICAUX (+ allergies, mauvaises tolérances médicamenteuses...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

↳ ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

● Diagnostic(s) de la (des) pathologie(s) motivant la demande de prise en charge au C.A.T.T.M. :

.....

.....

.....

● Autres antécédents psychiatriques : (dépression, trouble de l'humeur, trouble du comportement alimentaire, psychose aiguë ou chronique...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

● Addictions : (produit utilisé, fréquence, quantité quotidienne...)

.....

.....

.....

● Tentatives d'autolyses (modalités et dates de survenue) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

● Hospitalisations (motif d'entrée, date, durée et lieu) :

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

● Structures fréquentées (CATTP, HDJ, SAMSAH... date et durée)

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

3. HISTOIRE DE LA MALADIE ACTUELLE

● Mode d'entrée, évolution, répercussions sociales...

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

● Etat psychiatrique actuel du patient

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



● Traitements actuels :

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

● Autonomie du patient sur la gestion de son traitement :

- Complète : le patient gère seul
 Partielle : le patient a besoin d'aide pour la préparation ou l'administration
 Aucune : le patient a besoin d'une aide extérieure pour la préparation et l'administration de son traitement

Nature et fréquence des aides :

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

4. Attentes et objectifs de la prise en charge au CATTM :

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

Fait-le..... /..... /.....

Signature et cachet du médecin adresseur