



Coordonnées du professionnel qui
adresse la fiche

Identité du patient

Nom d'usage : Nom de naissance : Prénom :

Sexe : Date de naissance : Lieu de naissance :

Personne sourde ☐ Malentendante ☐ Langue des Signes Française ☐ Appareillé(e) ☐

Personne malvoyante ☐ Aveugle ☐

Personne ne parlant pas français ☐ Précisez la langue :

Adresse : Étage :

Code postal : Ville : Téléphone :

Adresse mail : Profession :

Vit seul(e) : ☐ Oui ☐ Non En couple : ☐ Oui ☐ Non

Personne(s) Ressource(s)

Nom - Prénom : Lien : Téléphone :

Nom - Prénom : Lien : Téléphone :

Professionnels de santé

Consultés dans les 3 Mois

Médecin Généraliste (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Psychiatre (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Psychologue (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

IDE psy (Nom et prénom) : Lieu d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Autre : précisez : Lieu d'exercice : ☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur la TS

Date TS :/...../..... Passage en réanimation : ☐ Oui ☐ Non Primosuicidant : ☐ Oui ☐ Non

Mode et lieu de la TS : Association avec alcool : ☐ Oui ☐ Non

Motifs TS :

de suicide : ☐ Oui, qui et comment ? : ☐ Non

Antécédents familiaux  de TS : ☐ Oui, qui et comment ? : ☐ Non

Orientation - Contexte de sortie

Date d'hospitalisation :/...../..... Lieu d'hospitalisation :

Date de sortie de l'hôpital :/...../..... Accompagnant : ☐ Oui (préciser qui) Non

[illegible]

Nom-Prénom de l'autorité : Téléphone :

Lien avec le mineur :

Personne sourde ☐ Malentendante ☐ Langue des Signes Française ☐ Appareillé(e) ☐

Personne malvoyante ☐ Aveugle ☐

Personne ne parlant pas français ☐ Précisez la langue :

Nom-Prénom de l'autorité : Téléphone :

Lien avec le mineur :

Personne sourde ☐ Malentendante ☐ Langue des Signes Française ☐ Appareillé(e) ☐

Personne malvoyante ☐ Aveugle ☐

Lieu de résidence habituelle :