



DOSSIER MEDICAL-Service psychiatrique
(A remettre au médecin psychiatre et à adresser sous pli séparé au Professeure Catherine MASSOUBRE via l'ACARS au 150 rue Antoine Durafour 42100 Saint-Etienne)

NOM et Prénom :

Date de naissance : Sexe :

Domicilié(e) à

Hospitalisé(e) actuellement (hôpital, service) :

Pathologie

Diagnostic :

Date d'entrée dans la maladie :

Anamnèse :

Parcours de soins :



Autres pathologies éventuelles ou troubles associés :

.....

.....

Conduites addictives

La personne est-elle dépendante			Fréquence de la consommation Si oui à quelle fréquence.	
	Oui	Non		Occasionnellement
Tabac				
Drogues douces				
Drogues dures				
Alcool				
Jeux vidéos				
Réseaux sociaux				
Sexe				
Jeux d'argent				

Observation :

.....

.....

.....

.....



Retentissements sur la vie sociale et familiale /Nature des liens familiaux :

Vie familiale

Rupture

Isolement

Autres :.....

(entourer l'item correspondant)

Troubles du comportement

	Commentaires
Fugues	
Vols	
Exhibitionnisme	
Violence sur autrui	
Violence sur lui-même	
Violence verbale	
Trouble alimentaires	
Autres	

Suivi médical

Traitements en cours : (merci de joindre la dernière ordonnance) :

-
-
-
-



Hospitalisations programmées, séquentielles ?

Oui

Non

- Si oui, lieu, service :

- Fréquence :

Suivi pluridisciplinaires	Modalité de suivi	Noms et coordonnées
Hôpital de jour		
CMP		
CATTP		
Equipe mobile de psychiatrie		
Centre de réhabilitation		
Psychologue		
Autres		

Des bilans ont-ils été réalisés (psychomotricité, neuro-psy.) :

Oui

Non

Si oui, merci de joindre une copie.

Remarques ou observations complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

Date

Cachet

Signature