



# PARTIE MEDICALE

## 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 : .....

Mail :

Tel :

Coordonnées du médecin psychiatre traitant : .....

Mail :

Tel :

## 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 :**

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

**Afin de faciliter notre partenariat, nous vous sollicitons sur quelques points spécifiques qui conditionnent l'admission et la continuité de la prise en charge :**

- Le patient doit bénéficier d'un suivi régulier et effectif avec un psychiatre traitant
- Le cattm est un dispositif de réhabilitation psychosociale ne substituant pas aux dispositifs de crise. En cas de besoin souhaitez-vous être contacté par :  mail  téléphone
- Le patient doit nous remettre l'ensemble de ses ordonnances tout le long de la prise en charge

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

Signature et cachet du médecin adresseur

# PARTIE PATIENT

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance ..... Lieu .....

**Quelles sont vos motivations à intégrer le programme général du CATTM ? Quels sont vos objectifs de soin ?**

- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

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

Signature du patient :