



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) :

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



● 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 :