

DOSSIER DE CANDIDATURE

NOM :

PRENOM :

Né(e) :

A :

Nationalité :

DOMICILIE(E) A (Domicile de secours) :

Chez :

SITUATION FAMILIALE (rayer les mentions inutiles) :

Célibataire – Pacsé(e) – Marié(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve)

PERSONNE DE CONFIANCE :

Tel :

RESSOURCES :

MESURE DE PROTECTION (rayer la mention inutile) : OUI

NON

Nature :

Coordonnées de l'organisme :

Nom du mandataire de justice :

- Tel :

MODALITES DE PRISE EN CHARGE ACTUELLE (rayer la mention inutile) :

- Hospitalisation

OUI

NON

- Suivi Ambulatoire

OUI

NON

- Structure Extrahospitalière

OUI

NON

Etablissement / Service :

Médecin psychiatre :

Tel :

PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL

SCOLARITE

Dernière classe suivie :

Diplômes :

Commentaires :

FORMATION PROFESSIONNELLE :

Initiale :

Complémentaire :

Commentaires :

PARCOURS PROFESSIONNEL :

Du	Au	Emploi	Employeur	Type de contrat

Commentaires :

DOSSIER MEDICAL INITIAL

(À remplir par le Médecin à l'origine de la demande et à adresser sous enveloppe cachetée)

NOM :

PRENOM :

Né(e) le :

à :

Date du dossier :

Nom du médecin :

HISTOIRE DE LA MALADIE PSYCHIQUE (Début des troubles, symptomatologie, évolution,...) :

HOSPITALISATIONS PSYCHIATRIQUES ANTERIEURES :

Date d'entrée	Date de sortie	Etablissement	Régime (HL - HDT - HO)

PRISE EN CHARGE PAR D'AUTRES TYPES D'ETABLISSEMENTS ET/OU DE SERVICES :

Date d'entrée	Date de sortie	Etablissement / Service	Type de prise en charge

SITUATION ACTUELLE : (Symptomatologie, état de stabilisation, évolution, niveau d'autonomie, relations avec l'environnement)

DIAGNOSTIC :

CIM10 :

En clair :

SITUATION FAMILIALE (parents, fratrie, antécédents psychiatriques familiaux, modes de relation passés et actuels, ...) :

AUTRES TROUBLES ASSOCIES :

Soins en cours :

TRAITEMENT ACTUEL :

MOTIVATION DE L'ORIENTATION VERS LE FOYER D'ACCUEIL MEDICALISE TRIADE :

SIGNATURE

**CACHET DU MEDECIN
OU DE L'ETABLISSEMENT**