

# FICHE DE LIAISON C3P-O

Par mail à : [equipe.c3po@epsm-marne.fr](mailto:equipe.c3po@epsm-marne.fr)

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Téléphone patient : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Adresse : .....

Personne de confiance : ..... Téléphone personne de confiance : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

Vit seul ? ☐ Oui ☐ Non

Mode d'entrée initial : ☐ CMP/Secteur ☐ Psychiatre libéral ☐ Famille ☐ Lui-même ☐ Autre : .....

Situation actuelle : ☐ Scolarité ☐ Formation/travail ☐ Autre : .....

Symptomatologie actuelle :

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

Date de début des troubles : < à 1 an                      entre 1 et 5 ans                      > à 5 ans

Traitement psychotrope actuel :

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

Antécédents psychiatriques :

.....  
.....

Antécédents familiaux :

.....  
.....

Compromis de sortie (pour les patients de la SUP) :

.....  
.....

*Un accord du patient est nécessaire avant toute prise en charge. Chaque patient sera contacté par C3P-O dans les plus brefs délais.*

Coordonnées du C3P-O remises à (plusieurs choix possibles) : ☐ Patient ☐ Père ☐ Mère

☐ Conjoint ☐ Autre accompagnant (préciser : .....)

Date : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nom et signature du médecin :