

Par mail à : 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 :

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 :