

FICHE DE LIAISON C3P-O

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 :

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

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 :