

Fiche de renseignements médico-psychologiques

Etablissement de Soins Psychiatriques pour Adolescents

Le Futur Antérieur

Route de Chalvet – 05200 EMBRUN

☎ : 04.92.43.00.71

☎ : 04.92.43.54.36

E-mail : contact@le-futur-antérieur.fr

Site Internet : le-futur-antérieur.fr

A remplir impérativement par le thérapeute
et à adresser au Docteur CARABOEUF, médecin psychiatre du « FUTUR ANTERIEUR »

NOM : **PRENOM :**

DATE DE NAISSANCE :

Code CIM :

Motif de la demande d'admission :

Situation clinique actuelle :

Hospitalisation en cours : Oui Non

Symptômes présentés :

- signes psychomoteurs :

- fonctions intellectuelles :

- langage :

- conduites sociales :

- émotions :

- troubles des conduites :

- volonté :

- troubles instrumentaux :

Antécédents personnels :

- Hospitalisations antérieures :

- Type de prise en charge :

- Troubles du développement :

- Autres :

Antécédents familiaux :

Décès dans la famille proche (dates et circonstances) :

Parents divorcés ou séparés : Oui Non Si oui date :

Difficultés psychologiques dans la famille proche :

Adoption dans le cercle familial :

Adhésion et objectifs de prise en charge au Futur Antérieur :

Evolution de l'adhésion du patient au projet :

Objectifs de prise en charge sur le plan médical :

Objectifs de prise en charge sur le plan éducatif :

Objectifs de prise en charge sur le plan pédagogique :

COORDONNEES du THERAPEUTE adressant :

NOM, Prénom, spécialisation :

Service :

Adresse :

Adresse mail (obligatoire) :

Tél. :

Signature et cachet