

FICHE D'ORIENTATION POUR UN SUIVI AMBULATOIRE PSYCHIATRIQUE (Version Juin 2016)

Accord de l'intéressé

Transmission de la fiche : au partenaire du soin au coordonnateur Santé mentale/Précarité

FAX : 04 91 87 68 88 - Mail : psyambul@ch-valvert.fr - Tél : 06 68 35 51 61

INFORMATIONS SUR LA DEMANDE D'ORIENTATION INITIALE

INFORMATIONS SUR LA STRUCTURE QUI ORIENTE

Date de la demande :
 Nom de la structure :
 Nom du référent :
 Profession :
 Téléphone :
 Fax :
 Email :

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE ORIENTEE

Naissance (JJ/MM) :
 Mode d'habitat de la personne :
 Rue Hébergement d'urgence Squat
 CHRS CADA Hôtel Hébergé par un tiers
 Autre :
 Besoin d'Interprétariat : oui non
 Si oui, précisez la langue :

INFORMATIONS RELATIVES AU DOSSIER SOCIAL :

	Oui	Non	En cours	Précisez la nature des prestations :
Couverture maladie				

INFORMATIONS SUR L'ORIENTATION :

Orientation préconisée vers : CMP (Précisez le nom et/ou secteur) :

- Equipe Mobile Liaison Psy-Précarité/ CH E. Toulouse Equipe Mobile Psy-Précarité MARSS/AP-HM
 Unité Mobile Géronto-Psy / CH Valvert Psychiatrie libérale
 Autre :

Critère d'orientation : Date de naissance Adresse du lieu de vie
 Autre (Précisez le motif) :

Le RDV a-t-il été pris ? OUI, date : NON, pourquoi ?
 Refus d'orientation, motifs ?

Moyens déployés pour faciliter l'orientation : Délivrance titre de transport Interprétariat Accompagnement physique
 Autre précisez :

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES, notamment difficultés d'orientation, dysfonctionnements, etc. :

Si REORIENTATION : précisez le motif, lieu de réorientation, ...

PARTIE A REMPLIR PAR LE CMP ET A TRANSMETTRE A LA COORDINATION DU PROJET POUR L'EVALUATION

ACCUEIL : Le patient s'est-il rendu sur le lieu de soin ? OUI NON
 Autre, Préciser:

DATE DU PROCHAIN RDV FIXÉ :

SUIVI DE L'ACCOMPAGNEMENT :

	Référent Soignant	Référent Social
Nom		
Fonction		
Tél		
Mail		

MOYENS DEPLOYES POUR FACILITER L'ACCOMPAGNEMENT :

Interprétariat Délivrance titres de transport Accompagnement physique
 Autre, précisez :

MOYENS DEPLOYES POUR FACILITER LA COORDINATION DU PARCOURS DE SOIN (à l'issu du 1^{er} RDV) :

Prise de contact avec la structure qui a demandé l'orientation :
 Oui, précisez (par téléphone, rencontre,...) :
 Non, pourquoi (pas de besoin, refus de la personne,...) ?
 Autre, précisez :