**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**NOM** : **PRENOM** :

Né(e) : A :

Nationalité :

Numéro de téléphone :

DOMICILIE(E) A (Domicile de secours) :

Chez :

**SITUATION FAMILIALE** (rayer les mentions inutiles) :

Célibataire – Pacsé(e) - Marié(e) – Divorcé(e) – Veuf(ve)

**PERSONNE DE CONFIANCE :** Tel :

**RESSOURCES :**

**MESURE DE PROTECTION** (rayer la mention inutile) : OUI NON

Nature : Coordonnées de l’organisme :

Nom du mandataire de justice :

- Tel :

**MODALITES DE PRISE EN CHARGE ACTUELLE** (rayer la mention inutile) :

* Hospitalisation OUI NON
* Suivi Ambulatoire OUI NON
* Structure Extrahospitalière OUI NON

Etablissement / Service :

**Médecin psychiatre :** Tel :

**PARCOURS SCOLAIRE ET PROFESSIONNEL**

**Scolarité**

Dernière classe suivie :

Diplômes :

Commentaires :

**Formation Professionnelle :**

Initiale :

Complémentaire :

Commentaires :

**Parcours Professionnel :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Du** | **Au** | **Emploi** | **Employeur** | **Type de contrat** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Commentaires :

**DOSSIER MEDICAL INITIAL**

(À remplir par le Médecin à l'origine de la demande et à adresser sous enveloppe cachetée)

**NOM** : **PRENOM** :

Né(e ) le : à :

Date du dossier :

Nom du médecin :

**Histoire de la maladie psychique**(Début des troubles, symptomatologie, évolution,…) :

**Hospitalisations psychiatriques antérieures :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date d’entrée** | **Date de sortie** | **Etablissement** | **Régime (HL – HDT – HO)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Prise en charge par d’autres types d’établissements et/ou de services :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date d’entrée** | **Date de sortie** | **Etablissement / Service** | **Type de prise en charge** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Situation actuelle :** (Symptomatologie, état de stabilisation, évolution, niveau d'autonomie, relations avec l'environnement)

**Diagnostic :**

CIM10 :

En clair :

**Situation familiale**(parents, fratrie, antécédents psychiatriques familiaux, modes de relation passés et actuels, …) :

**Autres troubles associés :**

Soins en cours :

**Traitement actuel :**

**Motivation de l’orientation vers le Foyer d’Accueil Médicalisé TRIADE :**

**Signature Cachet du médecin ou de l'établissement**