

## EQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRECARITE

### ORIGINE DE LA DEMANDE

NOM :

PRENOM :

QUALITE OU PROFESSION :

STRUCTURE :

TELEPHONE :

MAIL :

### IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE (JOINDRE JUSTIFICATIFS SI POSSIBLE)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NATIONALITE :

DOMICILIATION :

LIEU D'HEBERGEMENT :

TELEPHONE DE LA PERSONNE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

### MOTIF DE LA DEMANDE

Patient demandeur ?  Oui  Non  Ambivalence ou autre (merci de préciser) : .....

.....

Antécédents :  Suivi ou hospitalisations psy  Geste suicidaire  Addictions  Traitement en cours

Autre : .....

Principaux symptômes :  Angoisses  Troubles du sommeil  Perte d'appétit  Propos incohérents

Addictions actives  Idées suicidaires

Autres : .....

Les symptômes sont-ils présents depuis plus d'une semaine ?  Oui  Non, Si oui, depuis combien de temps ? .....

Le patient a-t-il été évalué par un médecin généraliste ?  Oui  Non, si oui, lequel ? .....

Si oui, la prise en charge a-t-elle apporté une amélioration ?  Oui  Non

La personne a-t-elle des droits sécu actifs ?  Oui  Non / Date GUDA si demande d'asile : .....

**RESUME DE LA SITUATION :**

A retourner :

- par mail : [empp@epsm-caen.fr](mailto:empp@epsm-caen.fr)
- par courrier : EMPP , 52 rue d'Authie 14000 CAEN

Cette fiche peut être remplie par un professionnel ou par la personne demandeuse.