**P**ermanence d’**A**ccès aux **S**oins de **S**anté en psychiatrie

**Hadjer ROUAG LOUCHENE, coordinatrice PASS PSY**

Tél. : 03 84 57 42 93 – 06 75 16 64 42

Mail. : pass.psy@ahbfc.fr



**FICHE DE REPERAGE D’ELEMENTS PREOCCUPANTS**

**à……………………..…., le.............................**

**INSTRUCTEUR**

Organisme ou Service :

Nom de l’instructeur :

Coordonnées :

**ETAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNEE**

NOM D’USAGE : NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

Né(e) le :

Situation familiale :

Nationalité :

Adresse :

Tél. :

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**N° sécurité sociale** :

Caisse d’assurance maladie :

Adresse :

**Mutuelle** : N° adhérent :

Adresse :

Allocataire CAF/MSA :

Adresse :

**Mesure de protection :**

Type : Gérée par :

**Médecin traitant** :

**Situation socio-professionnelle** :

**Partenaires / Professionnels positionnés :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** | **Adresse** | **Tél** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**EXPOSE DE LA SITUATION**