 

Centre Hospitalier

Universitaire de Lille

A ………………………………….

LE ………………………………….

**FICHE DE LIAISON URSAVS ADULTE**

Suite à votre appel téléphonique, nous vous adressons cette fiche de liaison URSAVS.

En la remplissant, celle-ci permettra de recueillir les éléments essentiels concernant la situation.

Si la situation correspond aux missions de l’URSAVS, une **intervision pluridisciplinaire** sera proposée afin de déterminer les interventions possibles :

* participation à la réflexion d’équipe,
* aide à la mise en place de soins sur le secteur

et à la demande des professionnels de soins psychiatriques et/ou psychologiques :

* évaluation(s) spécifique(s) complémentaire(s)
* soins complémentaires

**Dans un souci de respect du secret professionnel, le patient (et son éventuel représentant légal) doit (doivent) être en accord avec la demande faite et les informations transmises.**

Dans l’attente de vous rencontrer,

L’équipe de liaison de l’URSAVS

57 boulevard de Metz

59037 Lille cedex

Tél : 03 20 44 44 16

Fax : 03 20 44 44 36

e-mail : ursavs@chu-lille.fr

Date : ….. / ..… / ……...

**Première partie à remplir par les professionnels**

**Nom du demandeur** :

…………………………………………………………………………………………………………………

**Fonction** :

………………………………………………………………………………………………………………….

**Lieu d’exercice** :

……………………………………………………………………………🕿………………………………….

**Adresse e-mail :** …………………………………………………………………………………………….

**Créneaux possibles pour une rencontre inter-équipe** :

* Lundi ( M / AM ) Jeudi ( M / AM )

* Mardi ( M / AM ) Vendredi ( M / AM )
* Mercredi ( M / AM )

**Lieu de la rencontre souhaité :**

* **In situ URSAVS Visio**

**Objet de la demande :**

**❑ Orientation ❑ Evaluation ❑ Soin complémentaire ❑ Autre**

**Nom et Prénom du patient :**

………………………………………………………………………………………………………………….

Date de naissance : …... / …… / ……... Age : …………………

Téléphone et/ou mail : ……………………………………………………………………………………….

Adresse actuelle du patient : ………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………..

**Nature des actes :**

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**En cas d’absence d’incarcération, ignorez la page 3**

**En cas d’incarcération**

**Adresse de domiciliation à la sortie d’incarcération** :

……………..

**Date de sortie théorique (sans remise de peine)**: … / … / …

**Antécédents judiciaires :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Date(s), durées et lieu(x) d’incarcération :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Situation judiciaire post carcérale :**

* Injonction de soins
* Obligation de soins
* Autre mesure judiciaire

Durée de la mesure : ………. …..

Date de début : …. / … / …..

Date de fin : .... / … / …..

**Cadre juridique de la mesure :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Remarques complémentaires :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Eléments anamnestiques** :

Familiaux :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sociaux et professionnels :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Affectifs et sexuels :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Traitement médical actuel :

* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………………..

**Soins psychologiques ou psychiatriques : OUI NON Les deux**

Lieu des soins :……………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Date de début des soins : ………………………………………………………………………………….

Antécédents psychiatriques et/ou psychologiques : …………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Antécédents médico-chirurgicaux : ……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Antécédents addictologiques : …………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Mesure(s) sociale(s) actuelle(s)** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Autres mesures** :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Expertises psychiatriques : 🞎Oui (les joindre à la fiche) 🞎Non

Expertises psychologiques : 🞎Oui (les joindre à la fiche) 🞎Non

Soins pendant l’incarcération : 🞎Oui 🞎Non

**Autres suivis en cours ou à venir** :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

-Magistrat (J.A.P.) :

…………………………………………………………………………………🕿……………..

-Médecin Coordonnateur (si injonction de soins) :

…………………………………………………………………………………🕿………….

-Référent C.P.I.P.

…………………………………………………………………………………🕿……………

-Référent psychiatre :

…………………………………………………………………………………🕿……………

-Référent psychologue :

…………………………………………………………………………………🕿……………

-Référent infirmier :

…………………………………………………………………………………🕿……………

-Autre référent professionnel :

…………………………………………………………………………………🕿……………

**Remarques complémentaires :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Tout courrier émanant des secteurs sanitaire et/ou de la justice**

**peut faciliter la liaison des soins**

**Seconde partie à remplir par les professionnels avec le patient.**

**Ligne de vie :**

La fiche de liaison est à remplir par les professionnels autour de la problématique du patient.

Merci de compléter cette ligne de vie au mieux **avec le** **patient.**

Merci de spécifier les éléments suivants :

* Les évènements familiaux
* La vie affective et sociale
* Les évènements judiciaires
* La vie scolaire et professionnelle
* Les antécédents médicaux et psychiatriques
* Les évènements de vie qui semblent importants aux yeux du patient (les moments de transition, les moments subjectivement significatifs…).

1930

1935

1940

1940

1945

1950

1950

1960

1955

1960

1970

1965

1975

1970

1980

1985

1980

1990

1990

1995

2000

2005

2000

2010

2015

2010

2020

2025

2020

2030

**Tout courrier émanant des secteurs sanitaire et/ou de la justice**

**peut faciliter la liaison des soins**

Fiche de Liaison URSAVS Adulte

« A FAXER OU A RETOURNER PAR E-MAIL »

Fax : 03 20 44 44 36 - e-mail : [ursavs@chu-lille.fr](mailto:ursavs@chu-lille.fr)