 

Centre Hospitalier

Universitaire de Lille

A ………………………………….

LE ………………………………….

**FICHE DE LIAISON URSAVS Enfants et Adolescents**

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 : ….. / ..… / ……...

**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 : …………………

Lieu de naissance : ………………………………………………………………………………………….

Adresse actuelle : ……………………………………………………………………………………………

Moyens de contacts (tél, mail du patient et/ou parents) : ………………………………………………..

**Nature(s) des actes :**

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

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

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

**Si 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 scolaires :

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

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

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

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

Affectifs et sexuels :

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

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

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

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

Traitement médicamenteux 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 socio-éducatif :

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

-Educateur de la Protection Judiciaire de la Jeunesse :

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

-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**

Fiche de Liaison URSAVS MINEUR

« A FAXER OU A RETOURNER PAR E-MAIL »

Fax : 03 20 44 44 36 - e-mail : ursavs@chu-lille.fr