

# DEMANDE D'INTERVENTION SENTINELLE

Demande à envoyer à : [sentinelle@bonsauveuralby.fr](mailto:sentinelle@bonsauveuralby.fr)



## INFORMATIONS PERSONNELLES DU PATIENT

Nom : Adresse Postale :  
Nom de jeune fille : CP :  
Prénom : Ville :  
Né(e) le : Numéro sécurité sociale :  
Lieu de Naissance : ALD : Oui / Non  
Tél : CMU : Oui / Non  
E-mail : Mutuelle : Oui / Non

## INITIATEUR DE LA DEMANDE

Nom : Profession :  
Prénom : Lien avec le/la jeune :  
Tél : E-mail :

## PROCHE/PERSONNE À PREVENIR

Nom : Prénom :  
Tél : E-mail :  
Lien avec le/la jeune :  
Parents informés de la demande de prise en charge (pour les mineurs) : Oui Non

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Antécédents psychiatriques

Antécédents psychiatriques connus ?  
Si oui depuis quand ?  
Traitement en cours ? Oui / Non  
Si oui, le(s)quel(s) ?

### Fonctionnement

Scolarité ou Profession : Source de revenu :  
Type d'hébergement : Seul(e) En colocation Domicile familial Autre :  
Moyen de transport : Transports en commun Voiture Moto Vélo  
Mesures sociales : Oui Non

Antécédents psychiatriques familiaux : Oui / Non

Consommation de toxique : Oui / Non

Symptômes  $\geq$  à 7 jours en continu :

Hallucinations : Oui Non  
Idées délirantes : Oui Non  
Désorganisation psychique : Oui Non

### Signes d'urgences

Idées suicidaires : Oui Non  
Idées hétéro-agressives : Oui Non  
Désorganisation avec mise en danger : Oui Non

### Cadre réservé à Sentinelle

Validation par la commission d'admission :  
Date de la consultation évaluation initiale :  
Programme envisagé :  
Date et signature :