

SERVICES PSYCHIATRIQUES UNIVERSITAIRES DE BERNE (UPD) SA

CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOTHÉRAPIE

Triage & inscription

**Inscription et admission des patient⋅e⋅s**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Patient⋅e Nom | Prénom | Sexe  f/m/d |
| Adresse du domicile | Code postal Ville Canton du domicile | Langue |
| Adresse fiscale si différente de l'adresse du domicile | Code postal Lieu de taxation | Nationalité |
| Tél. fixe / portable | E-Mail | Date de naissance |
| État civil | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Personne référente Nom | Prénom |
| Adresse | Code postal Ville |
| Numéro de téléphone | Profession |

|  |  |
| --- | --- |
| Personne de contact Nom | Prénom |
| Adresse | Code postal Ville |
| Numéro de téléphone | Profession |

|  |  |
| --- | --- |
| Psychiatre extern⋅e / Médecin de famille Nom | Prénom |
| Adresse | Code postal Ville |
| Numéro de téléphone | Profession |

**Veuillez prendre une photo de la carte d'assurance maladie (recto et verso).**

**Mode d'inscription**

* Auto-inscription Sur recommandation de proches / connaissances
* Envoi par un⋅e psychologue / psychothérapeute Envoi par le médecin de famille
* Adressés par un hôpital psychiatrique. Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Sur recommandation d'une organisation ou d'un service spécialisé. Nom: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Autre mode d’inscription:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OFS Information**

Emploi avant l'admission

* Emploi à temps plein Travail à temps partiel
* Congé maladie, depuis quand .... (mois)/ ......... année En formation (école/apprentissage)
* Travail à domicile Programme de rééducation
* Travail dans un cadre protégé Sans emploi
* Assistance sociale AI/AVS ou autres rentes

Formation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Catégorie d'assurance maladie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Traitement après la sortie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**À défaut d'être inclus dans le rapport:**

Je donne mon accord pour que ma / mon thérapeute ASSIP ou un autre membre de l'équipe ASSIP (remplaçant) puisse contacter une personne ou une institution de référence si je ne suis pas joignable.

Personne ou institution de référence: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Consentement du / de la patient⋅e: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_