

FICHE DE LIAISON UPSP

Adressé par :

le

Patient désigné * * ☐

Nourrisson < 2ans ☐ fille ☐ garçon ☐

Femme enceinte ☐ Date prévue accouchement :

Accord du patient de la prise en charge à UPSP*

☐ Oui

	Nom/Prénom	Date de naissance	Lieu de naissance	Profession	N° Tél	Adresse
Mère						
Père						
Enfants du patient désigné	- - -					

Situation actuelle **

- ☐ Hospitalisé
 - ☐ Avec un projet de sortie
 - Si oui à quelle date
- ☐ Unité de soins
- ☐ Suivi ambulatoire :

☐ CMP enfant	☐ Hôpital de jour	☐ Libéral	☐ Unité mobile Transculturelle
☐ CMP adulte	☐ CMPP	☐ Thérapie familiale	☐ Autres

Connaissez-vous la PMI ? * * OUI ☐

NON

Mode de garde du bébé s'il est le patient désigné :

☐ Crèche	☐ Assistante maternelle	☐ Autres Lequel ?
---------------------------------	--	---

Motif de la demande : **

[illegible]

Les éléments d'inquiétudes : **

- ☐ Troubles psychotiques de la mère / du père
- ☐ Problème du lien mère-bébé
- ☐ Conflit conjugale des (futurs) parents
- ☐ Conditions socioéconomiques défavorable
- ☐ Particularité du développement du nourrisson
- ☐ Problème d'allaitement ou du sommeil du bébé
- ☐ Traitement en cours si oui, lequel ?.....

.....

Autres remarques :

**** Eléments obligatoires pour valider la fiche de la nouvelle demande**

A envoyer par mail : upsp@epsbd.fr.