

*(Cadre à remplir par la coordinatrice)*

**DATE DE LA DEMANDE :** ..... / ..... / .....      **N° D'ENREGISTREMENT :** .....

## MODALITES DE SAISINE

La fiche de saisine est à transmettre à la coordinatrice, une fois signée, à l'adresse électronique suivante : [clsm@ch-cotebasque.fr](mailto:clsm@ch-cotebasque.fr) ou par voie postale : Conseil Local de Santé Mentale Navarre-Cote Basque, 13 Av de l'interne Jacques Loëb, 64100 Bayonne.

## IDENTITE DU SIGNALANT

NOM, PRENOM : .....

INSTITUTION/SERVICE : .....

FONCTION : .....

COURRIEL : .....      TELEPHONE : .....

## IDENTITE DE LA PERSONNE CONCERNEE

NOM, PRENOM : .....

SEXE :     FEMME       HOMME      SITUATION FAMILILALE : .....

DATE et LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE/ COMMUNE : .....      TELEPHONE : .....

## MOTIF DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

.....

## DESCRIPTIF DE LA SITUATION

MESURE DE PROTECTION JURIDIQUE     NON       OUI, Laquelle ? .....

**ENVIRONNEMENT FAMILIAL, AMICAL ET SOCIAL DE LA PERSONNE**

.....

.....

.....

**TYPE D'HABITATION, CONDITIONS DE VIE**

.....

.....

.....

**ANTECEDENTS**

.....  
.....  
.....

**ACTIONS DEJA MISES EN PLACES**

.....  
.....  
.....

**FREINS CONSTATES**

.....  
.....  
.....

**ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE IDENTIFIES**

STRUCTURE/ FONCTION	NOM-PRENOM	TELEPHONE	MAIL

**ACTEURS DE LA PRISE EN CHARGE POUVANT INTERVENIR (A CONTACTER)**

STRUCTURE/ FONCTION	NOM-PRENOM	TELEPHONE	MAIL

**INFORMATIONS**

Le signalant s’engage à :

- Participer à la cellule d’analyse des situations psycho-sociales complexes au cours de laquelle sera traitée la situation ;
- Informer la personne que sa situation sera évoquée en cellule de coordination.

La personne a été informée que sa situation sera évoquée dans la cellule des situations psycho-sociales complexes du CLSM :

OUI     NON

Fait à : .....

Le : .....

Signature du signalant :