



CARTE MÉMO

Nom _____

Prénom _____

Date de naissance ____ / ____ / ____

Contacts de mon service de soin référent _____

Contacts de ma/mes personnes de soutien et/ou personnes de confiance



Je sais que je commence à ne pas me sentir bien quand _____

Pour me calmer ou m'apaiser je _____

Mes traitements actuels _____

Si ça ne va pas je souhaite _____

Date ____ / ____ / ____

Signature

Livret complet mon GPS disponible : _____