

# FICHE DE RÉINTÉGRATION

à transmettre par télécopie au **01-40-29-22-98**  
pour les patients sous contrainte (S.D.R.E.)

Préfecture de Police – Etat-Major DSPAP –

Unité des Transmissions et Diffusions - Tél : 01-40-29-23-91 ou 94 ou 95

Pour ceux sous SDT ou SL, faxer à l'Etat-Major Police Judiciaire au **01-77-72-08-91**

Etablissement Hospitalier : .....

Secteur : ..... Unité de soins : .....

Adresse : .....

Tél : ..... Fax : .....

Fiche remplie par :

Nom : ..... Grade : .....

Signature :

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à .....

## OBSERVATIONS

Absence signalée le : .....

Réintégration constatée le : ..... à .....

Mode de réintégration :

- de lui-même
- par la famille
- par les effectifs de police
- par l'équipe soignante
- par d'autres moyens (à préciser)

Renseignements complémentaires : .....

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