

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOINS
CENTRE D'INTERVENTION PRECOCE
EQUIPE TRANSITION

*Dans la mesure du possible, merci de remplir ce formulaire en version **dactylographiée***

Coordonnées du/de la patient.e :

Nom Prénom :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Préférence de contact pour la prise de rendez-vous : courrier par mail *ou* appel téléphonique (*entourer*)

Médecin traitant :

Médecin adresseur et sa structure :

Nom et téléphone de la personne de confiance :

Type de demande : (*cocher une case*)

Pour les demandes **d'évaluation PEP et UHR**, merci de joindre l'**échelle PQ16** remplie, à ce formulaire :

- Consultation d'évaluation devant **suspicion d'Ultra Haut Risque** de transiter vers une psychose ou une bipolarité
- Consultation d'évaluation devant **suspicion de Premier Episode Psychotique**

Pour les demandes de prise en charge **de psychose débutante ou bipolarité débutante**, le diagnostic doit avoir été annoncé au préalable :

- Prise en charge de personnes souffrant de **psychose débutante** (début des troubles datant de moins de 5 ans)
- Prise en charge de personnes souffrant de **bipolarité débutante** (moins de 2 ans)

Antécédents des soins (suivi psychiatrique, psychologique, bilan en orthophonie, psychomoteur ou ergothérapeute, traitements psychotropes prescrits) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Description clinique actuelle :

.....

.....

.....

.....

- Existe-t-il des hallucinations ou distorsions des sens : oui non
Si oui depuis quand ?
Préciser leur(s) nature(s) :
- Existe-t-il des idées délirantes/bizarries : oui non
Si oui depuis quand ?
Préciser leur(s) nature(s) :
- Existe-t-il une désorganisation : oui non
Si oui depuis quand ?
Préciser :
- Existe-t-il une modification de l'humeur : oui non
Si oui depuis quand ?
Préciser :
- Existe-t-il une rupture de fonctionnement : oui non
Si oui depuis quand ?
Cocher la ou les natures de l'impact : Social Familial Professionnel/Scolaire
- Le/la patient.e a-t-il/elle déjà bénéficié de : (Merci de joindre les résultats bilans le cas échéant)
 - Bilan sanguin oui non
 - EEG oui non
 - Imagerie cérébrale oui non

Soins actuels (médicamenteux et non médicamenteux) :

.....

.....

.....

Attention un accord du/de la patient.e est obligatoire avant toute prise en charge :

Patient.e informé.e : oui non

Date :

Nom, structure et signature du médecin réalisant la demande :

Formulaire à envoyer par mail à :

secretariat.c2rb@chlcdijon.fr

Tél : 03.80.42.48.07 ou 03.80.42.55.08

NOM :

Prénom :

Date de naissance :