

## QUESTIONNAIRE A DESTINATION DES PROFESSIONNELS MEDICAUX, MEDICO-SOCIAUX ET PARAMEDICAUX

Nom et prénom de la personne : .....

Date de naissance : .....

Identification de l'équipe soignante : .....

TROUBLES	RETENTISSEMENT DANS LA VIE DE TOUS LES JOURS	AIDES ACTUELLES
<p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de la volition</b> à préciser *apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, compulsions obsessionnelles.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de la pensée</b> à préciser *idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de la perception</b> à préciser *illusions, hallucination, déréalisation.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de la communication</b> à préciser *logorrhée, préciosité, coq à l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles du comportement</b> à préciser *agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de l'humeur</b> à préciser *prolongés ou répétés, intense tristesse ou euphorie, état d'excitation psychomotrice.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de la conscience et de la vigilance</b> à préciser *légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne.....</p>	<p><b>Sur la capacité à réaliser les actes essentiels et/ou besoin intervenant extérieur</b> <i>*toilette, habillage, préparation des repas, prise médicaments, rythme veille-sommeil</i></p> <p><b>Sur les activités domestiques :</b> <i>entretien du logement, du linge, courses...</i></p> <p><b>Sur la vie familiale :</b></p> <p><b>Sur la vie sociale : démarches administratives, gestion du budget :</b> <i>*autonomie dans les démarches administratives et budgétaires, autonomie dans</i></p>	<p><b>Traitement</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Entraîne t-il des contraintes particulières ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui : <input type="checkbox"/> pour la personne <input type="checkbox"/> Pour la famille ou l'entourage</p> <p><b>Y a-t-il des difficultés à l'adhésion au traitement (observance, ...) ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><b>Y a-t-il des effets secondaires dans la vie de tous les jours ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Y a-t-il une prise en charge spécifique ?</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Prise en charge thérapeutique actuelle :</b> <b>Hospitalisation</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand : ..... Dans quel établissement : ..... Fréquence : .....</p> <p><b>C.A.T.T.P</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand : ..... Dans quel établissement : ..... Fréquence : .....</p> <p><b>C.M.P</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

<p><input type="checkbox"/> <b>Troubles intellectuels ou cognitifs à préciser</b>  <i>*séquelles d'une affection mentale précoce ou d'acquisition tardive : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale.....</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles de la vie émotionnelle et affective à préciser</b>  <i>*anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective .....</i></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Expression somatique des troubles psychiatriques à préciser .....</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Troubles associés et addictions à préciser .....</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autres critères secondaires :</b></p> <p><i>Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles.....</i></p> <p><i>Evolution des troubles :</i>  <i>Son état actuel est- il stabilisé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</i></p> <p><i>Sa pathologie est-elle stabilisée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</i></p> <p><i>Si hospitalisation(s) antérieure(s), préciser la fréquence, la durée et les dates .....</i></p>	<p><i>les déplacements, relation avec autrui, capacité à rester seul, capacités à gérer ou avoir des activités, des loisirs</i></p> <p><b>Retentissement ou conséquence sur l'exercice d'une activité professionnelle (ou accès à celle-ci) :</b>  <i>*fatigabilité, assiduité, respect des horaires, des consignes, des consignes successives, capacité à se rendre au travail ou à mettre en place un projet professionnel</i></p>	<p>Si oui, depuis quand : .....</p> <p>Dans quel établissement : .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>Consultations externes <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b></p> <p>Si oui, depuis quand : .....</p> <p>Dans quel établissement : .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b></p> <p>Si oui, depuis quand : .....</p> <p>Dans quel établissement : .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>SAMSAH <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b></p> <p>Si oui, depuis quand : .....</p> <p>Dans quel établissement : .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>SAVS <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b></p> <p>Si oui, depuis quand : .....</p> <p>Dans quel établissement : .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>Aides apportées :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Entourage et/ou famille</p> <p><input type="checkbox"/> Autre *à préciser : GEM, Association, autre, .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>Types d'aides d'accompagnement :</b></p> <p>*à préciser : surveillance, stimulation, autre, .....</p> <p>Fréquence : .....</p> <p><b>Type d'activités :</b> *à préciser : actes essentiels, vie sociale, démarches administratives, autre, .....</p> <p>Fréquence des interventions.....</p>
---	--	---