

QUESTIONNAIRE À DESTINATION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

*A remplir OBLIGATOIREMENT
pour les personnes en situation de handicap psychique*

Nom et prénom de l'intéressé(e) : N° dossier MDPH :

Age :ans domicilié(e):.....

1 – DEMANDE FAITE PAR :

L'intéressé(e) sa famille l'équipe soignante avec l'accord de l'intéressé(e)

Son représentant légal (tuteur, curateur...) autre à préciser.....

2 – PATHOLOGIE PRINCIPALE ET PATHOLOGIE(S) ASSOCIÉE(S) (dont addictions).....

Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles

Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? oui non

3 – DESCRIPTION DES DÉFICIENCES ACTUELLES DU PSYCHISME :

→ **Cocher et entourer les mentions utiles, préciser si besoin est**

Troubles de la volition : *apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, compulsions obsessionnelles*

Troubles de la pensée : *idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire*.....

Troubles de la perception : *illusions, hallucinations, déréalisation*.....

Troubles de la communication : *logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, mutisme, néologismes, parasitisme, bégaiement, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires*

Troubles du comportement : *agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité*.....

Troubles de l'humeur : *prolongés ou répétés : troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque*

Troubles de la conscience et de la vigilance : *légère, avec gêne notable, entravant la vie quotidienne*

Troubles intellectuels ou cognitifs : *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*

Troubles de la vie émotionnelle et affective : *anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective*

Expression somatique des troubles psychiatriques :

Si hospitalisation(s) antérieure(s), préciser la fréquence, la durée et les dates

Autres informations jugées utiles de porter à la connaissance de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH. :

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

4 - NATURE DU TRAITEMENT ACTUEL

Adhésion au traitement : oui non

L'intéressé est-il capable de prendre régulièrement son traitement comme prescrit ? oui non

Bonne tolérance ? oui non

Le cas échéant, préciser les effets secondaires

.....

5 - PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE :

Hospitalisation en cours : oui non

Si OUI, depuis quand ?..... Dans quel établissement ?.....

Si NON, fréquente-t-il : un hôpital de jour un CMP un CATTP les consult. ext.

Autre (à préciser)

L'intéressé est-il capable de se rendre effectivement à ses RV médicaux et paramédicaux ? oui non

6 - CAPACITÉS DE TRAVAIL

Écrivez votre avis sur les capacités de l'intéressé(e) à exercer une activité professionnelle : *(impossible actuellement, possible vers le milieu ordinaire à temps complet ou partiel, vers le milieu protégé, projet soutenu par l'équipe soignante...)*

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

7 - DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LA PERSONNE DANS LA VIE QUOTIDIENNE

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

Coordonnées et qualité du professionnel

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

Date

Signature