

COMPLEMENT D'INFORMATIONS SUR LA SITUATION DE HANDICAP D'ORIGINE PSYCHIQUE

FICHE DE LIAISON A REMPLIR PAR LE MÉDECIN ET / OU LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

IDENTITÉ DE L'USAGER

NOM :	Prénom (s) :		
Age : ans	Adresse :		
Demande émise par :	<input type="checkbox"/> L'utilisateur	<input type="checkbox"/> La famille	<input type="checkbox"/> Le représentant légal
	<input type="checkbox"/> L'équipe de secteur	<input type="checkbox"/> Autre :	

DESCRIPTION DES DEFICIENCES ACTUELLES DU PSYCHISME : * cocher et entourer les mentions utiles

- Troubles de la volition** à préciser* : *apragmatisme, négativisme, inhibition, ambivalence, compulsions obsessionnelles*
- Troubles de la pensée** à préciser* : *idées obsessionnelles, fuite ou incohérence des idées, lenteur de la pensée, appauvrissement de la pensée, radotage, délire*
- Troubles de la perception** à préciser* : *illusions, hallucinations, déréalisation*
- Troubles de la communication** à préciser* : *logorrhée, préciosité, coq-à-l'âne, écholalie, discordance, mimique, néologismes, parasitisme, bégaiement, mutisme, repli autistique, stéréotypies gestuelles ou déficitaires*
- Troubles de l'humeur** à préciser* : *troubles dépressifs ou hypomaniaques, états d'excitation ou dépression franche, état maniaque*
- Troubles de la conscience et de la vigilance** à préciser* : *légère, avec gêne notable entravant la vie quotidienne*
- Troubles intellectuels ou cognitifs** à préciser* : *séquellaires d'une affection mentale précoce ou d'acquisitions tardives : troubles de la mémoire, de l'attention, du jugement, de l'orientation temporelle et spatiale*
- Troubles de la vie émotionnelle et affective** à préciser* : *anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective*
- Expression somatique des troubles psychiatriques** à préciser :
-

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE

Hospitalisation depuis les 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui préciser les périodes et les établissements :		
Fréquence de suivi (si mis en place) <i>cocher et préciser:</i>		
<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> CATT	<input type="checkbox"/> Consultations externes
<input type="checkbox"/> Hôpital de jour	<input type="checkbox"/> Autre :	
La présence d'une infirmière est-elle nécessaire à l'utilisateur pour prendre ses thérapeutiques ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur peut-il se rendre à ses RDV médicaux et paramédicaux <u>seul</u> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur peut-il se rendre à ses RDV médicaux et paramédicaux <u>avec stimulation</u> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur peut-il se rendre à ses RDV médicaux et paramédicaux <u>avec accompagnement</u> ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Sanitaire
		<input type="checkbox"/> Tierce personne

HÉBERGEMENT ACTUEL

<input type="checkbox"/> Logement Autonome	<input type="checkbox"/> Appartement thérapeutique	<input type="checkbox"/> Hébergement d'urgence
Besoin de supervision	<input type="checkbox"/> Aide de la famille <input type="checkbox"/> Repas à domicile	<input type="checkbox"/> Aide à domicile <input type="checkbox"/> Autre :
Détaillez ici le projet thérapeutique et l'accompagnement actuel :		

ORIENTATION MÉDICO-SOCIALE (votre avis sur la pertinence d'un accompagnement médico-social à mettre en place)

L'accompagnement pluridisciplinaire actuel est suffisant	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'accompagnement nécessite l'intervention d'un service à la vie sociale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur nécessite un autre type d'hébergement que le domicile	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur accueilli exerce une activité professionnelle et a besoin d'un encadrement éducatif dans les actes quotidiens	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur accueilli ne peut exercer une activité professionnelle mais reste autonome dans les actes quotidiens	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur accueilli a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels ainsi qu'une surveillance et des soins constants	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'utilisateur accueilli a besoin impérativement d'une prise en charge globale (actes essentiels/ surveillance/ soins constants)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Le besoin relève-t-il :		
<input type="checkbox"/> D'un accueil de jour	<input type="checkbox"/> D'un accueil permanent	<input type="checkbox"/> D'un accueil temporaire (90 jours/an)

CAPACITÉS DE TRAVAIL

L'utilisateur a une difficulté à obtenir / conserver un emploi en raison de son handicap	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
L'utilisateur est accompagné dans sa recherche d'emploi par un partenaire Si oui lequel :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si l'utilisateur est accompagné par le Service Public de l'emploi (Pôle emploi, Cap Emploi, Mission Locale), bénéficie-t-il d'une prestation ponctuelle spécifique (PPS) Handicap Psychique ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
La situation de handicap est compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Si non, pour une durée :	<input type="checkbox"/> Moins d'un an	<input type="checkbox"/> compris de entre 1 et 2 an	<input type="checkbox"/> plus de 2 ans
L'orientation professionnelle peut être envisagée en milieu ordinaire :	<input type="checkbox"/> A temps complet	<input type="checkbox"/> A temps partiel	
Si à temps partiel :	<input type="checkbox"/> Moins d'un mi-temps	<input type="checkbox"/> Plus d'un mi-temps	
L'orientation professionnelle est possible en milieu protégé ?	<input type="checkbox"/> Oui de manière classique	<input type="checkbox"/> Oui type « hors les murs »	<input type="checkbox"/> Non
Si oui :	<input type="checkbox"/> Temps complet	<input type="checkbox"/> Temps partiel	

Observations :	Date : Signature et cachet du professionnel de santé ou du service
----------------	---