

## 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<br><input type="checkbox"/> Repas à domicile | <input type="checkbox"/> Aide à domicile<br><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<br>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"/> Non                        |   |  |
| <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 :<br>Signature et cachet du professionnel de santé ou du service |
|----------------|---|