

QUESTIONNAIRE A DESTINATION DE L'EQUIPE SOIGNANTE

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

Age :ans

Domicilié(e) à :

1 – La demande à la MDPH émane de :

- 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) ASSOCIE(E)S** (*dont addictions*).....

Autres critères secondaires :

Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles :

Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? OUI NON

3 – **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 du comportement à préciser* *agressivité, agitation, théâtralisme, automutilation, comportements phobiques, rites obsessionnels, instabilité*.....
 Troubles de l'humeur à préciser* *prolongés ou répétés : 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* *séquentaires 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 à préciser* *anxiété, angoisse, doute, discordance ou instabilité affective, troubles du caractère, immaturité affective*.....
 Expression somatique des troubles psychiatriques à préciser.....
 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 C.H.L.

4 - **NATURE DU TRAITEMENT ACTUEL** :

Adhésion au traitement OUI NON Bonne tolérance OUI NON

Le cas échéant, préciser les effets secondaires :

L'intéressé est-il capable :

- ▶ De prendre régulièrement son traitement comme prescrit ? OUI NON
 ▶ De se rendre effectivement à ses RV médicaux et paramédicaux ? OUI NON

5 – **PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE ACTUELLE** :

Hospitalisation en cours OUI NON

Si OUI, depuis quand ? Dans quel établissement ?

- C.A.T.T.P. C.M.P.
 Consultations externes Hôpital de jour Autre à préciser.....

6 – CAPACITES DE TRAVAIL

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 – RETENTISSEMENTS DE LA SYMPTOMATOLOGIE DANS LA VIE QUOTIDIENNE :

ACTES ESSENTIELS (entretien personnel et déplacements)					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Se laver					
S'habiller/Se déshabiller					
Prendre ses repas					
Se déplacer à l'extérieur					
Utiliser les transports en Commun					
Conduire un véhicule					

VIE DOMESTIQUE ET VIE COURANTE					
Activités	Fait seul	Fait avec sollicitation	Fait avec surveillance continue	Ne fait pas ou de manière inconstante	Observations
Faire ses courses					
Préparer un repas simple					
Faire son ménage					
Entretenir son linge et ses vêtements					
Gérer son budget, faire les démarches administratives					
Vivre seul dans un logement indépendant					
Partir en vacances					

TACHES ET EXIGENCES GENERALES, RELATION AVEC AUTRUI, COMMUNICATION					
Activités	Fait seul	Fait difficilement	Ne fait pas	Observations	
S'orienter dans le temps					
S'orienter dans l'espace					
Prendre des décisions/des initiatives					
Gérer sa sécurité (<i>réagir de façon adaptée à une situation risquée, éviter un danger</i>)					
Maîtriser son comportement (<i>émotions, pulsions</i>) dans ses relations avec autrui					
Utiliser des appareils et techniques de communication					

Cachet obligatoire du service

Date

Signature