

 **Pas-de-Calais**

 **Maison Départementale**
des Personnes Handicapées
Groupement d'Intérêt Public

### QUESTIONNAIRE À DESTINATION

#### DE L’ĒQUIPE SOIGNANTE

##### A remplir OBLIGATOIREMENT

 ***pour les malades souffrant d’un handicap psychique***

Nom et prénom de l’intéressé(e) :…………………………………………… N° dossier MDPH :………….…...….

Age : ………ans domicilié(e):………………………………………………………………………………….…....

…………………………………………………………………………………………………………………………..….

**1 – DEMANDE :**  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) ASSOCIĒ(E)S** (*dont addictions)*………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Ancienneté de la pathologie et mode de début des troubles ……………………………………………………………..……...

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

Evolution des troubles : Son état est-il stabilisé ? OU oui NO non

**3 – DESCRIPTION DES DĒFICIENCES 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 C.D.A.P.H. :

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

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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**4 - NATURE DU TRAITEMENT ACTUEL** ……………………………………………………………………………..………

Adhésion au traitement : non oui non non

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

Bonne tolérance ? non oui non non

*Le cas échéant, préciser les effets secondaires* …………………….………………………………………………………………………………………………………………………

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

Hospitalisation en cours : non oui non non

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

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

non Autre (*à préciser)* ………………………………………

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

**6 – CAPACITĒS DE TRAVAIL**

**Ecrivez 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 – DifficultĒs rencontrĒes par la personne dans la vie quotidienne**

………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Coordonnées et qualité du professionnel Date …………………………………….…..

…………………………………………………………

………………………………………………………..

………………………………………………………..

 Signature