



FORMULAIRE D'ORIENTATION

DISPOSITIF D'INTERVENTION PRECOCE DE LA SAVOIE

Coordonnées de la personne

Nom Prénom :

Date de naissance (âge) :

Téléphone :

Adresse postale :

Adresse e-mail :

Préférence de contact : courrier par mail ou appel téléphonique (entourer)

Médecin traitant

Professionnel adresseur et sa structure :

Nom et téléphone des deux parents (si mineur) :

Parents n°1 :

Parents n°2 :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

1



Type de demande (cocher une case)

- ☐ Consultation d'évaluation devant suspicion d'**Ultra Haut Risque (UHR)** de transiter vers une psychose ou une bipolarité
- ☐ Consultation d'évaluation devant suspicion de **Premier Épisode Psychotique (PEP)**
- ☐ Demandes de prise en charge d'un premier épisode psychotique n'ayant pas bénéficié de prise en charge (évolution < 3ans)

Antécédents des soins (suivi psychiatrique, psychologique, bilans et autres suivis, traitements psychotropes prescrits) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Soins actuels (médicamenteux et non médicamenteux) :

.....

.....

.....

.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Description clinique actuelle

.....

.....

.....

.....

.....

Existe-t-il :

Un comportement étrange OUI ☐ NON ☐

Un affect inapproprié OUI ☐ NON ☐

Un discours vague ou trop élaboré OUI ☐ NON ☐

Des croyances bizarres ou pensées magiques OUI ☐ NON ☐

Des expériences perceptives inhabituelles OUI ☐ NON ☐

Une désorganisation OUI ☐ NON ☐

Une modification de l'humeur OUI ☐ NON ☐

Une rupture du fonctionnement OUI ☐ NON ☐

Cocher la ou les natures de l'impact : ☐ Social ☐ Familial ☐ Professionnel/Scolaire

Nom :

Prénom :

Date de naissance :



Attention un **accord de la personne est obligatoire** avant toute prise en charge :

Personne informée : oui non

Date :

Nom, structure et signature du professionnel réalisant la demande :

Formulaire à envoyer par mail à :

dipsa@chs-savoie.fr

et

c.valloire@chs-savoie.fr

Tél : 04.79.60.32.71