



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 :

Cocher la case si parents séparés

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 <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Un affect inapproprié | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Un discours vague ou trop élaboré | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Des croyances bizarres ou pensées magiques | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Des expériences perceptives inhabituelles | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Une désorganisation | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Une modification de l'humeur | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Une rupture du fonctionnement | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

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