**FICHE D’ADMISSION**

au Programme TIPP (Traitement et intervention précoce dans les troubles psychotiques)

Nous proposons une investigation spécialisée, pour des jeunes adultes qui présentent des difficultés psychiques qui peuvent être en lien avec l'émergence d'expériences psychotiques atténuées - **Volet ARMS (At-Risk Mental States)**. Ainsi que pour les jeunes adultes avec une psychose aigue, floride à ses débuts et non traitée - **Volet Premier Episode Psychotique.**

Afin de pouvoir traiter votre demande, nous vous invitons à compléter ce formulaire, lire les instructions du Prodromal questionnaire et répondre au PQ16. Tous les documents doivent être complétés et envoyés à l'adresse générique : [programme-tipp@chuv.ch](mailto:programme-tipp@chuv.ch).

**Rempli par le/la demandeur-deuse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Tél. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | E-mail | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Fonction | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Lieu de travail | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Concerne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Civilité | Choisissez un élément. | | |
| Nom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Adresse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Prénom | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Tél. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date de naisse | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. | E-mail | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Eléments anamnestiques clés**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Description des symptômes et leur durée**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Antécédents et durée de traitement antipsychotique**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Antécédents psychiatriques (anciens suivis, hospitalisations, décompensations…)**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Retard mental et/ou cause organique exclu**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Contexte problématique actuel et description clinique**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Position du/de la patient. e par rapport au TIPP**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Position d’un éventuel thérapeute par rapport au suivi**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hospitalisation ?** | Choisissez un élément. |

**Si oui, date et durée approximative**

|  |
| --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Pour les patients.es hospitalisés.es**

|  |  |
| --- | --- |
| Date de sortie présumée | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |

|  |  |
| --- | --- |
| Date du jour | Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |