



DEMANDE D'INTERVENTION DE LA SECTION DE PSYCHIATRIE DU DEVELOPPEMENT MENTAL

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES*

Demandeur

Date de la demande :

Nom Prénom :

Adresse :

Qualité (curateur, patient, institution, médecin) :

Email :

Téléphone :

Personne faisant l'objet de la demande (patient)

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : Masculin Féminin

Adresse privée :

NPA/Lieu :

Accompagnement (Institution en précisant le nom de l'internat/accueil de jour) :

Téléphone :

Assurance :

No assuré :

No AVS/AI :

Etat-civil :

Nationalité :

Profession :

Employeur + adresse :

NPA/Lieu :

Représentant legal :

Représentant thérapeutique

Nom & Prénom :

Nom & Prénom :

Adresse :

Adresse :

NPA/Lieu :

NPA/Lieu :

Tél :

Tél :

Statut juridique

OCPT

Curatelle

de portée générale

d'accompagnement

de représentation

de coopération

PLAFA Médical

Dr

PLAFA Juridique

Me



Motif de la demande :

Hypothèses de crise :

Problèmes de santé physique connus :

Syndrome génétique ou polymalformatif connu

Oui Non Préciser :

Problèmes neurologiques (épilepsie, problèmes moteurs, migraines)

Oui Non Préciser :

Handicap sensoriel (vision, audition)

Oui Non Préciser :

Problèmes gastro intestinaux (transit, reflux)

Oui Non Préciser :

Allergie (eczéma, asthme, conjonctivite, médicamenteuse, alimentaire, ...)

Oui Non Préciser :

Autres points d'appel douloureux connus (dents, oreille, articulations...)

Oui Non Préciser :

Autre problème de santé à signaler

Oui Non Préciser :

Diagnostic de trouble du développement connu (autisme, hyper activité, trouble du langage, déficience intellectuelle...) :

Diagnostic psychiatrique associé posé (dépression, schizophrénie, ...) :

Lister les antécédents d'hospitalisations en précisant la date, la durée et le service hospitalier :



Liste des traitements :

Des bilans ont-ils déjà été réalisés ? Lesquels		
Type	Date	Médecin/Professionnel
Ophtalmologique (vision)		
ORL (audition)		
Gastroentérologique		
Neurologique ou neuropédiatrique		
Génétique		
EEG		
IRM		
Logopédiste		
Psychologique		
Psychomoteur		
Educatif		
Ergothérapeutique		
Autre :		

Merci de joindre une copie de tout examen, rapport ou bilan médical en particulier : les bilans cognitifs et génétiques, l'IRM cérébrale, ainsi que la dernière lettre du neurologue et du psychiatre.

** Les informations demandées aux pages 1, 2 et 3 sont obligatoires afin d'ouvrir le dossier à la SPDM. Nous recommandons toutefois de remplir aussi le reste du formulaire afin d'ajuster au mieux le contenu de notre prochaine rencontre avec vous et le patient.*



Réseau médical	Nom	Email et/ou téléphone	Date de la dernière consultation
Médecin traitant			
Psychiatre / Pédopsychiatre			
Neurologue Neuro réhabilitateur Gastro entérologue ORL Ophtalmologue Dermatologue Autre			
Dentiste			

Réseau paramédical et psycho éducatif	Nom	Email et/ou téléphone	Fréquence des rencontres
Contact du référent Foyer / Atelier			
Psychologue			
Logopédiste			
Ergothérapeute			
Assistante sociale			
Traducteur			
Autres intervenants			



PARCOURS SCOLAIRE ET INSERTION INSTITUTIONNELLE

Cursus scolaire		
Âges : de à	Etablissements	Type d'accompagnement

Etablissement socio-éducatif, activités		
Âges : de à	Etablissements	Activités/ accueil



NIVEAU DE DEVELOPPEMENT ET COMPETENCES FONCTIONNELLES

Description brève de l'environnement et du programme du patient :

Comment le patient s'exprime-t-il ? :

Utilise-t-il un langage verbal fonctionnel, quelques mots ou pas de langage verbal fonctionnel ?
Utilise-t-il des gestes pour communiquer ? Utilise-t-il une méthode de communication augmentative ?
Peut-il écrire de manière efficiente ?

Que comprend-il ? :

Peut-il comprendre le langage verbal ou des consignes verbales simples ? Les gestes ? Peut-il lire ?

Quel est son niveau d'autonomie au quotidien (propreté, habillage, alimentation, sommeil) et dans ses déplacements ?

Quels sont ses centres d'intérêts et loisirs spontanés ?

Supporte-t-il les activités de groupe ou seulement individuelles ?

COMPORTEMENT ET NIVEAU D'ACTIVITÉ

Description des comportements problématiques :

Décrire de façon précise (observable et mesurable) et par ordre d'importance (1 étant le plus important), les comportements problématiques manifestés par la personne.

Description des comportements	Début d'apparition	Fréquence d'apparition*	Contextes repérés*	Hypothèses *
1.				
2.				
3.				

Fréquences d'apparition : **très rarement** (2 fois ou moins en 3 mois), **à l'occasion** (1 à 3 fois par mois), **régulièrement** (1 à 6 fois par semaine), **souvent** (1 à 4 fois par jour), **très souvent** (une fois ou plus par période de 3 heures).

Contexte d'apparition : Exemple : moment de la journée, personnes présentes, pendant quelle activité, etc...

Hypothèses : santé, facteurs de stress, communication déviante, frustration, relation sociale et familiale, événements déstabilisants ou traumatisants, perturbation due aux étapes de la vie, stress environ



Existe-t-il des mesures mises en place pour contenir ces comportements qui pourraient être assimilés à des mesures de contrainte ? Si oui, préciser :

Quelles sont les principales habitudes de vie touchées par les comportements ? Veuillez préciser :

Quels sont les conséquences de ces comportements sur l'intégrité physique de la personne et de son entourage ?



Préparation de la 1ère consultation : les particularités dans les soins

Le patient se laisse-t-il facilement examiner ?

(prises de TA, de sang, palpations, ...)

La consultation nécessite-t-elle des précautions particulières?

Si oui lesquelles (présence d'un référent, annonce, support visuel...) ?

Dans le cadre de notre collaboration, quels sont vos attentes et vos besoins ?

Dr Vincent GUINCHAT
Médecin adjoint

Section Psychiatrie Développement Mental
SPDM

Tél: 021 314 35 28
Fax: 021 314 26 73

info.spdm@chuv.ch
www.chuv.ch/psychiatrie