

DEMANDE MÉDICALE D'ADMISSION

PLATEFORME PREMIER EPISODE PSYCHOTIQUE (PEPSY)

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Avoir entre 16 et 30 ans ;
- Avoir présenté un Premier Episode PSYchotique (présence et durée des symptômes plus de 7 jours consécutifs) depuis moins d'un an ;
- Ne pas avoir eu de traitement antipsychotique en continu (> 3 mois) ;
- Résider à Toulouse et son agglomération.

INFORMATIONS PATIENT

Nom : _____ Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____ Numéro sécurité sociale : _____

Né(e) le : _____ Lieu de Naissance : _____

Tèl : _____ E-mail : _____

Adresse Postale : _____

CP : _____ Ville : _____

ALD : Oui Non

CMU : Oui Non

Mutuelle : Oui Non

Proche/Personne à prévenir

Nom : _____ Prénom : _____

Tèl : _____ E-mail : _____

Médecin demandeur

Nom : _____ Prénom : _____

Tèl : _____ E-mail : _____

Spécialité : _____

Si vous n'êtes pas le psychiatre / généraliste traitant merci de remplir les éléments ci-dessous :

Nom psychiatre / généraliste traitant : _____

Tèl : _____ E-mail : _____

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

1. Antécédents psychiatriques

- Diagnostics psychiatriques connus ? Depuis quand ?

- Suivis psychiatriques antérieurs ? Actuel ? (Nom et durée)

- Traitements antérieurs (lesquels, durée, posologie) ?

- Hospitalisations psychiatriques antérieures (urgences comprises, où, combien, durée ?)

2. Fonctionnement

- Scolarité : _____
- Profession : _____
- Source de revenu : _____
- Type d'hébergement : seul En collocation En famille Autre _____
- Moyen de transport : _____
- Mesures sociales : Oui Non

3. Antécédents familiaux : Oui Non

- Si oui, lesquels ? Qui ?

4. Consommation (Cannabis, alcool, amphétamine, cocaïne, opiacé...) : Oui Non

- Si oui : préciser depuis quand ? Dose/jour ? Cure ?

5. Traitement actuel (joindre dernière ordonnance et tout autre compte rendu) :


6. Symptômes \geq à 7 jours en continu :

- Hallucinations : Oui Non
- Idées délirantes : Oui Non
- Désorganisation psychique : Oui Non

7. Signes d'urgences

- Idées suicidaires : Oui Non
- Idée hétéro-agressives : Oui Non
- Désorganisation avec mise en danger : Oui Non

8. Parents informés de la nécessité de donner leur autorisation parentale pour les mineurs lors de l'admission : Oui Non

 Date & signature du médecin adresseur

 Validation par la commission d'admission

Oui

Date de la consultation évaluation initiale :

Programme de Référence envisagé : PEPSY-REPEPS

Non

Réorientation :

Date et signature :

Merci de nous retourner votre demande
à : admission@pepsy.fr