

# 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@plateforme-psychose-emergente.fr](mailto:admission@plateforme-psychose-emergente.fr)