

## FICHE NAVETTE SERAPHINE



IDENTITE DE LA PERSONNE
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
CP :                      Ville :
N° de Téléphone :
Mesure de protection, le cas échéant :
Médecin traitant : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Médecin psychiatre : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Suivi médical : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Notification MDPH : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, merci d'indiquer le type de notification : .....

COORDONNEES DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE
Nom :
Prénom :
Etablissement :
Adresse :
Fonction du professionnel :
Mail :
Téléphone :

La personne concernée a-t-elle un diagnostic psychiatrique établi ?

- ☐ OUI  
☐ NON

Si oui, lequel ?

Quels troubles observez-vous ?

TYPES DE TROUBLES	DEFINITION	EXEMPLES SYMPTÔMES ET/OU PATHOLOGIES	
Troubles de l'Humeur	Troubles émotionnels constitués de périodes prolongées de tristesse excessive et/ou de joie excessive.	<u>Versant Dépressif</u> : Tristesse, idées noires, idées suicidaires... <u>Versant Maniaque</u> : Euphorie, insomnies sans fatigue, hyper-agitation.	
Troubles Anxieux	Troubles caractérisés par une anxiété forte et durable, sans lien avec un danger ou une menace réelle, perturbant le fonctionnement normal de la personne et ses activités quotidiennes.	Anxiété généralisée Trouble panique Phobies	
Troubles Psychotiques	Troubles, relevant du registre des psychoses, affectant le fonctionnement psychique de la personne en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions.  Elle fait difficilement la différence entre ce qu'elle perçoit et ce qui est réel.	Schizophrénie Paranoïa Psychose Hallucinatoire Chronique Désorganisation Délires Hallucinations	
Troubles du comportement	Comportements inadaptés de forte intensité	Agressivité verbale et/ou physique  Automutilations	

☐ **Contexte de la demande et les difficultés rencontrées :**

**Besoins des professionnels**

- ☐ **Sensibilisation au handicap psychique**
- ☐ **Appui pour la mise en place d'un protocole d'accompagnement**
- ☐ **Aide à la réflexion sur les perspectives à court et moyen termes pour la personne**

Quels sont les partenaires, actions, dispositifs qui interviennent ou sont déjà intervenus dans le parcours de la personne ?

La personne est-elle informée de la demande ?

☐ OUI

☐ NON

Si Non, pourquoi ?

.....

\*Une commission se réunit tous les mois pour étudier les demandes. Pensez-vous que votre situation nécessite un traitement rapide ? Si oui, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Déposé le : \_\_/\_\_/\_\_

Etudié le : \_\_/\_\_/\_\_

1er rendez-vous le : \_\_/\_\_/\_\_

Avis SERAPHINE :

☐ Favorable

☐ Défavorable

Commentaires