

M./Mme

né(e) le :

Feuille remplie par :

Service :

le :

		Peu en faveur d'une hospitalisation	En faveur d'une hospitalisation	Très en faveur d'une hospitalisation - avec ou sans consentement en psychiatrie - urgence somatique à prioriser	Pas d'élément de réponse
Eléments cliniques	Idées délirantes ou désorganisation intellectuelle / comportementale	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, générant des troubles du comportement	<input type="checkbox"/>
	Rupture avec l'état antérieur (questionner l'entourage si besoin)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Progressive	<input type="checkbox"/> Brutale	<input type="checkbox"/>
	Idées suicidaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans velléité de passage à l'acte	<input type="checkbox"/> Scénarisées avec velléité de passage à l'acte	<input type="checkbox"/>
	ATCD de tentatives de suicide	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, critiqué	<input type="checkbox"/> Oui, non critiqué	<input type="checkbox"/>
	Mises en danger d'autrui ou de soi-même	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, critiquées	<input type="checkbox"/> Oui, non critiquées	<input type="checkbox"/>
	Conscience des troubles	<input type="checkbox"/> Totale	<input type="checkbox"/> Partielle	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
	Nécessité d'un traitement psychiatrique quotidien	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui, et pathologies chroniques	<input type="checkbox"/>
	Tentative de soins ambulatoires (CMP, CMS ...)	<input type="checkbox"/> Fructueuse	<input type="checkbox"/> Infructueuse, poursuite difficile	<input type="checkbox"/> Refus du patient	<input type="checkbox"/>
Comorbidité somatique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, non inquiétant	<input type="checkbox"/> Oui, état somatique inquiétant (confusion, notion de chute, maladie chronique non équilibrée, ...)	<input type="checkbox"/>	
Prise en charge	Accompagnement social	<input type="checkbox"/> Oui, actif	<input type="checkbox"/> A relancer	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
	Suivi psychiatrique (contact avec, fiche de liaison, ...)	<input type="checkbox"/> Oui, actif	<input type="checkbox"/> A relancer	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
	Suivi somatique	<input type="checkbox"/> Oui, actif	<input type="checkbox"/> A relancer	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>
	Entourage (familial, amical, social, associatif)	<input type="checkbox"/> Oui, soutenant	<input type="checkbox"/> Pauvre, peu soutenant	<input type="checkbox"/> Non, isolement social / aucune aide	<input type="checkbox"/>
Eléments d'exclusion/précarité	Incurie	<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Débutante	<input type="checkbox"/> Installée et/ou inquiétante	<input type="checkbox"/>
	Consommation de toxiques (alcool, ...)	<input type="checkbox"/> Absent ou contrôlée	<input type="checkbox"/> Non contrôlée	<input type="checkbox"/> Invalidante et/ou inquiétante	<input type="checkbox"/>
	Fréquentation des urgences	<input type="checkbox"/> Faible, adaptée	<input type="checkbox"/> Passages fréquents	<input type="checkbox"/> Passages itératifs, inadaptés, sans accès aux soins durables	<input type="checkbox"/>
	Suivi spécifique par une EMPP	<input type="checkbox"/> Oui, actif	<input type="checkbox"/> Réticence à l'accès aux soins	<input type="checkbox"/> Refus réitérés de soins, accès aux soins impossible	<input type="checkbox"/>
	Risque de perte de vue	<input type="checkbox"/> Non, contact maintenu	<input type="checkbox"/> Errance, nomadisme, contact aléatoire, ...	<input type="checkbox"/> Méfiance, refus réitéré de contact, vécu persécutif, fuite, ...	<input type="checkbox"/>