

Patient entre 13 et 35 ans avec au moins deux symptômes psychotiques positifs (délires, hallucinations et désorganisation, avec ou sans symptômes thymiques) avec retentissement fonctionnel, d'une durée supérieure à 7 jours dont les symptômes sont encore présents le mois précédant l'inclusion.

Engagement du psychiatre prescripteur :

Je m'engage sur les points suivants :

- J'ai expliqué au patient que ses données seront recueillies anonymement dans le cadre de la cohorte régionale PEP-OBS
- Le patient a compris.
- Le patient ne s'oppose pas au recueil de ses données

Le cas échéant, je notifie dans son dossier médical la non opposition du patient à l'inclusion à la cohorte PEP-OBS.

Je m'engage

Signature :

ID Patient
Étiquette SIGMA

Numéro d'anonymisation		
Centre	Année	N° de patient

Nom et email du psychiatre prescripteur :

LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS CLINIQUES	< 7 jours	< 1 mois	< 6 mois	< 1 an	Entre 1 et 3 ans	> 3 ans
Symptômes psychiatriques	<input type="checkbox"/>					
Symptômes psychotiques	<input type="checkbox"/>					
Rupture avec le fonctionnement	<input type="checkbox"/>					
Date de première consultation (pour cette problématique, tous professionnels confondus)	<input type="checkbox"/>					

SCOLARITÉ (Dernier niveau atteint)	Petite enfance	Primaire	Collège	Lycée	BTS, DUT...	Licence	Master	Doctorat

ANTECEDENTS - Cocher si présent et préciser ci-dessous				SYMPTÔMES PSYCHIATRIQUES - Cocher si présent et préciser ci-dessous			
Médicaux	<input type="checkbox"/>	Développementaux	<input type="checkbox"/>	Idees delirantes	<input type="checkbox"/>	Hallucinations	<input type="checkbox"/>
Neurologiques	<input type="checkbox"/>	Chirurgicaux	<input type="checkbox"/>	Désorganisation	<input type="checkbox"/>	Hallucinations visuelles isolées	<input type="checkbox"/>
Obstétricaux	<input type="checkbox"/>	Allergiques	<input type="checkbox"/>	Syndrome catatonique	<input type="checkbox"/>	Aggravation sous psychotropes	<input type="checkbox"/>
<i>Préciser:</i>				Manifestations thymiques	<input type="checkbox"/>	Consommation de toxiques	<input type="checkbox"/>
				<i>Préciser:</i>			

MANIFESTATIONS NON-PSYCHIATRIQUES (même consigne)				CONTRE-INDICATIONS A L'IRM (même consigne)			
Confusion:	<input type="checkbox"/>	Hyperthermie	<input type="checkbox"/>	Claustrophobie	<input type="checkbox"/>	Clips ferromagnétiques	<input type="checkbox"/>
Signes de focalisation	<input type="checkbox"/>	État grippal	<input type="checkbox"/>	Pace maker	<input type="checkbox"/>	Autres corps étrangers	<input type="checkbox"/>
Convulsions	<input type="checkbox"/>	Anomalies biologiques	<input type="checkbox"/>	Clairance Créatine <30	<input type="checkbox"/>	Prothèses ou implants	<input type="checkbox"/>
Céphalées	<input type="checkbox"/>			Grossesse	<input type="checkbox"/>	Éclats métalliques intra-oculaires	<input type="checkbox"/>
<i>Préciser:</i>				Date du terme:		
				<i>Préciser:</i>			

Allergie aux produits de contraste Oui Non

Le protocole IRM ne prévoit pas d'injection de Gadolinium

TRAITEMENT(S) MÉDICAMENTEUX ACTUEL(S) : DCI et posologie

MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE:	Libre de jour <input type="checkbox"/>	Libre à temps plein <input type="checkbox"/>	Sans consentement <input type="checkbox"/>	Prise en charge ambulatoire <input type="checkbox"/>									
POUR L'EXAMEN:	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">Coopération du patient :</th> </tr> <tr> <th>Facile</th> <th>Moyenne</th> <th>Difficile</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>				Coopération du patient :			Facile	Moyenne	Difficile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopération du patient :													
Facile	Moyenne	Difficile											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Taille (cm) :	Le patient sera-t-il prémédiqué lors de l'examen?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N									
Poids (kg) :	Le patient sera-t-il accompagné?	<input type="radio"/> O	<input type="radio"/> N									
Une imagerie cérébrale a-t-elle déjà été effectuée (IRM, TDM...)?													

A TRANSMETTRE AU SERVICE/ CABINET DE NEURORADIOLOGIE

Date de la demande :

Date de l'examen:

Besoin d'aide? contact@predipsy.fr

AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT PRÉSENTANT UN PREMIER ÉPISODE PSYCHOTIQUE

PREDIPSY est un dispositif mis en place dans le cadre du Fonds d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (FIOP 2019) par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et soutenu par l'ARS Hauts-de-France et la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, (F2RSM Psy)

PEP-OBS est une cohorte OBServationnelle régionale de suivi de patients expérimentant un Premier Episode Psychotique en Hauts-de-France dont le promoteur est la F2RSM Psy.

www.predipsy.fr ou contact@predipsy.fr

