

Ucc Mobile : [ucc.mobile@chu-nice.fr](mailto:ucc.mobile@chu-nice.fr)

## IDENTITE DU PATIENT

Nom :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>

## CERCLE DE SOIN

Adresseur :	<input type="text"/>
Médecin traitant :	<input type="text"/>
Personne de confiance (avec numéro de tel) :	<input type="text"/>

## MOTIF DE LA DEMANDE

Conseils, révisions et réadaptation du TTT :	<input type="checkbox"/>
Conseil non médicamenteux (Psychoéducation de l'aidant, adaptation de l'environnement, conseils mise en place INM) :	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="text"/>

## CHRONOLOGIE

Date de début des troubles observés :	<input type="text"/>
Majoration des troubles brutales < 15 jours :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date de la dernière consultation avec le médecin avec examens clinique et complémentaire (joindre la copie des résultats d'examens réalisés) :	<input type="text"/>

## SYMPTÔMES PSYCHO-COMPORTEMENTAUX (cocher)

<input type="checkbox"/> Idées délirantes	<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Irritabilité/instabilité de l'humeur
<input type="checkbox"/> Hallucinations	<input type="checkbox"/> Exaltation de l'humeur/Euphorie	<input type="checkbox"/> Comportement moteur aberrant
<input type="checkbox"/> Agitation/Agressivité	<input type="checkbox"/> Apathie/indifférence	<input type="checkbox"/> Sommeil
<input type="checkbox"/> Dépression/Dysphorie	<input type="checkbox"/> Désinhibition	<input type="checkbox"/> Appétit/Troubles de l'appétit

Cause somatique éliminée :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
----------------------------	---

## ANTECEDENTS

Antécédents médico-chirurgicaux significatifs :

Antécédents psychiatriques :

Non  Oui sans suivi actif  Oui avec suivi actif

Si suivi, nom du psychiatre et date du dernier RDV :

Troubles neurocognitifs :

Non  Oui déjà connus  Oui non connus

Si oui préciser le diagnostic :

Dernier MMSE connu (score et date) :

## SOCIAL (cocher si déjà réalisé /en place)

APA  Demande d'EHPAD  Aide sociale  
 Protection juridique  Suivi DAC

**Traitement(s) :** (Joindre l'ordonnance ou les ordonnances en cours avec l'ensemble des traitements)

**Historique des traitement(s) psychotropes(s) (traitements prescrits antérieurement et leur efficacité) :**

**Evolution des troubles sous traitement en cours et tolérance :**