FORMULAIRE D’ADMISSION IACCA 

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

Profession :      

Téléphone :       Mail :

Coordonnée du médecin adresseur :

Date de la demande :

Cochez les cases correspondantes aux signes présentés par la / le patient(e)

Informations concernant le patient

**Taille :** **Poids :**

**Le patient présente une condition psychiatrique :**

Dépression  Trouble bipolaire Schizophrénie Autres :

Addiction, précisez le type de produit utilisé :

Autres, précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| Traits de personnalité :  Perfectionnisme  Impulsivité  Colère excessive | Conduite à risque :  Automutilation  Risque suicidaire  Antécédent de TS |

**Quel est le motif de la demande ?**

**Le patient présente une condition somatique (précisez également les antécédents) :**

Précisez :

**Le patient suit actuellement un traitement :**

Précisez en indiquant précisément la posologie passée et actuelle :

Commentaires éventuels :

l’anxiÉTÉ du patient

**Attention, le trouble doit persister depuis plus de 6 mois**

**Manifestation(s) somatique(s) de l’anxiété présent(s) chez le/la patient(e) :**

Symptômes cardio-vasculaires (palpitation, tachycardie, douleurs thoraciques …)

Symptôme respiratoire (dyspnée, hyperventilation, suffocation, souffle coupé, …)

Symptôme neurologique (céphalée, vertige, dépersonnalisation, déréalisation, …)

Symptôme digestif (impossibilité de déglutir, douleurs épigastriques, boule au ventre, …)

Symptôme cénesthésique (fourmillement, sensation de chaleur / fraicheur, engourdissement, …)

**Trouble panique avec ou sans agoraphobie**

*Apparition brutale et intense d’angoisse, limitées dans le temps, se manifestant également par des réveils nocturnes, avec symptômes somatiques au premier plan ayant entraîné des consultations en urgence sans cause organique révélée aux examens médicaux.*

Peur de mourir ou de devenir fou

Peur de ne pouvoir s’extraire de la situation ou trouver de l’aide lorsque la crise arrive

**Phobie sociale, problème d’affirmation de soi**

*Peur persistante et intense d’une ou plusieurs situation sociale ou situation de performance.*

Décrivez une situation type :

**Phobie spécifique**

*Peur persistante, intense, invalidante, déclenchée par la présence d’un objet ou d’une situation.*

Précisez le type :

Type animal

Type environnemental

Type sang, injection, accident

Type situationnel

Autres types :

**Trouble obsessionnel compulsif**

Décrivez les obsessions (pensées) :

Décrivez les compulsions (comportements, rituels) :

**Trouble anxieux généralisé**

*Soucis excessifs pendant la journée avec des inquiétudes concernant tous les domaines de la vie, ruminations anxieuses, intolérance à l’incertitude.*

Décrivez les situations types et les sujets d’inquiétudes :

**État de stress post-traumatique**

Précisez :

Hypervigilance neurovégétative

Syndromes de répétition

Évitement situationnel

Flash concernant l’évènement traumatique

Cauchemar

Dissociation (dépersonnalisation / déréalisation)

Autres symptômes anxieux apparaissant lors de rappel de l’évènement traumatique

Si vous le souhaitez, de manière brève, présentez la nature du traumatisme (le thème ; l’évènement) :

**Trouble du comportement alimentaire**

Précisez :

Prise alimentaire excessive durant les repas

Grignotage excessif

Vomissement

Restriction alimentaire

Hyperactivité, sport pratiqué de manière excessive

Tri alimentaire

Autres

Précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| **Trouble du sommeil**  Précisez :  Difficultés à l’endormissement  Réveils nocturnes fréquents  Réveils précoces  Réveils difficiles  Clinophilie  Fatigue au réveil | **Trouble de la sexualité**  Précisez :  Trouble du désir  Anorgasmie  Dysfonction sexuelle  Autres  Précisez : |

Cette fiche doit être remplie par un médecin et être accompagnée d’un courrier circonstancié. Suite à la réception de la demande de suivi, l’équipe pluridisciplinaire de IACCA décidera de la thérapie la plus appropriée au trouble anxieux de la / du patient(e).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cadre réservé aux soignants IACCA | Date de traitement du dossier  … / … / …….. | Décision : |
| Remarques : | | Sera pris en charge par :  Recommandation : |