

## Fiche d'information du médecin évaluateur

A retourner au médecin traitant, et à la MDA 33 (gbergeault.mda33@gmail.com)

### Section A : à remplir par le jeune

NOM Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_ Sexe (F / M) : \_\_\_\_\_

Ville de résidence : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Type d'établissement scolaire ou salarié : \_\_\_\_\_

Médecin traitant (Nom) : \_\_\_\_\_ Contact : \_\_\_\_\_

**Orienté vers ce médecin évaluateur du dispositif Ecout'Emoi, le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2021 (date approximative), par ;**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enseignant                      | <input type="checkbox"/> CPE ou assistant éducation  |
| <input type="checkbox"/> Infirmière scolaire ou du SUMPS | <input type="checkbox"/> Assistant de service social |
| <input type="checkbox"/> Educateur spécialisé            | <input type="checkbox"/> Autre professionnel : _____ |
| <input type="checkbox"/> Parents                         | <input type="checkbox"/> Autre proche : _____        |

Pour les raisons suivantes :

(Sources d'inquiétude ayant laissé penser que je suis actuellement en situation de mal-être)

Résultats des questionnaires facultatifs (voir au verso) :

ADRS <input style="width: 40px;" type="text" value="/10"/>	SCOFF <input style="width: 40px;" type="text" value="/5"/>	ADOSPA <input style="width: 40px;" type="text" value="/6"/>	BITS <input style="width: 40px;" type="text" value="/8"/>
--	--	---	---

### Section B : à remplir par le médecin évaluateur

Nom du médecin évaluateur : Dr \_\_\_\_\_

Date de consultation le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /2021

 Situation discutée en cellule de cas complexes (Staff clinique) :  Oui /  Non

**Suite recommandée après consultation ;**

- Il ne m'apparaît pas utile que ce jeune puisse bénéficier d'une prise en charge par un psychologue.
- Il m'apparaît utile que ce jeune puisse bénéficier d'une prise en charge de sa souffrance psychique comme prévue par Ecout'Emoi. Je l'ai adressé au psychologue : \_\_\_\_\_
  - La situation ne présente pas de signes de gravité ni de symptômes évocateurs d'une pathologie débutante ou constituée.
  - Le jeune a reçu une information claire sur l'expérimentation et le cadre de celle-ci, ainsi qu'un formulaire de consentement éclairé, signé par ma part (médecin évaluateur), qu'il remettra dûment rempli au psychologue.
- Il m'apparaît utile que ce jeune puisse bénéficier de l'avis d'un médecin psychiatre.  
Je l'ai adressé à : \_\_\_\_\_
- Il m'apparaît utile que ce jeune puisse bénéficier d'une évaluation et/ou prise en charge spécifique.  
Je l'ai adressé vers : \_\_\_\_\_

Pour les raisons suivantes :

**Signature :**

## Questionnaires facultatifs

### À faire remplir par le jeune

#### Echelle ADRS

Cochez « vrai » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « faux » si cela ne correspond pas :

VRAI FAUX

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail.           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. J'ai du mal à réfléchir.                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse.          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Ce que je fais ne sert à rien.                                 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir.           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Je ne supporte pas grand-chose.                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Je me sens découragé(e).                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. Je dors très mal.  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. À l'école, au boulot, je n'y arrive pas.                      |

/10 Total

#### Echelle SCOFF

Cochez « oui » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « non » si cela ne correspond pas :

OUI NON

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Vous faites-vous vomir parce que vous vous sentez mal d'avoir trop mangé ?       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Vous inquiétez-vous d'avoir perdu le contrôle de ce que vous mangez ?            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Avez-vous récemment perdu plus de 6 kilos en 3 mois ?                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Pensez-vous que vous êtes gros(se) alors que d'autres vous trouvent trop mince ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Diriez-vous que la nourriture domine votre vie ?                                 |

/5 Total

#### Questionnaire ADOSPA

Cochez « oui » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « non » si cela ne correspond pas :

OUI NON

- |                          |                          |  |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Etes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (Auto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait bu ou qui était défoncé(e) ?              |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Utilisez-vous de l'alcool ou d'autres drogues pour vous détendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Avez-vous oublié des choses que vous deviez faire (ou fait des choses que vous n'auriez pas faites) quand vous utilisez de l'alcool ou d'autres drogues ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes seul(e) ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Avez-vous déjà eu des Problèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Vos amis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou d'autres drogues ?                  |

/6 Total

#### Echelle BITS

Cochez « oui » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « non » si cela ne correspond pas :

VRAI FAUX

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Avez-vous été brimé (e) à l'école, maltraité à l'école ? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Et en dehors ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Avez-vous des insomnies ?                                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Et des cauchemars ?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Fumez-vous du tabac ?                                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tous les jours ?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Etes-vous stressé (e) par le travail scolaire ?          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Et en famille ?   |

/8 Total

# Fiche personnalisée d'adressage pour une demande de rendez-vous au psychologue clinicien

Le \_\_/\_\_/20\_\_

Du Dr .....

A Mme/M. ....

Ai reçu, ce jour Melle/M .....  
Né(e) le \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Sexe F  H  Dont je suis le médecin traitant Dont le médecin traitant est (adresser une copie de la fiche) .....

Qui m'a été adressé par :

Enseignant CPE ou assistant éducation Infirmière scolaire ou du SUMPS Assistant de service social Educateur spécialisé 

Autre professionnel : .....

Parent 

Autre proche : .....

Aux motifs suivant (sources d'inquiétude ayant laissé penser à la personne l'ayant adressé que ce jeune était actuellement en situation de mal-être) :

Mon évaluation synthétique de la situation clinique du jeune:

Après consultation, il m'apparaît utile que ce jeune puisse bénéficier d'une prise en charge de sa souffrance psychique comme prévue par Écout'Emoi. La situation ne présente pas de signes de gravité ni de symptômes évocateurs d'une pathologie débutante ou constituée.

A noter que ce jeune a bénéficié d'une évaluation au préalable par un psychiatre :  Oui  Non

(Cochez les cases ci-dessous pour confirmer l'information donnée et le consentement éclairé)

 Ce jeune a reçu une information claire sur l'expérimentation et le cadre de celle-ci. Son autorisation (si mineur, l'autorisation au moins d'un des titulaires de l'autorité parentale) a été obtenue et le formulaire de consentement éclairé a été signé.

Ci-joint les résultats des auto et hétéro questionnaires remplis par le jeune lors de la consultation (optionnel)

Je reste à votre disposition pour toute question.

Bien cordialement,

**Signature**

Tous droits réservés