

**FICHE DE LIAISON DESTINÉE AU MEDECIN PSYCHIATRE
ET / OU AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ**

IDENTITÉ DE L'USAGER			
NOM et Prénom(s) :			
Age : ans		Adresse :	
DEMANDE ÉMISE PAR :		L'utilisateur	La famille
		L'équipe de secteur	Autre :

DESCRIPTION DE LA DÉFICIENCE PSYCHIQUE ACTUELLE			
Troubles	Compensés <i>Compatible avec la vie quotidienne et socio- professionnelle</i>	Non compensés <i>Perturbation dans la vie socio- professionnelle avec maintien de la vie quotidienne</i>	Envahissants <i>Perturbation dans la vie quotidienne et socio- professionnelle.</i>
Troubles de la volition / motivation			
Troubles du cours de la pensée			
Troubles de la perception (hallucination)			
Troubles de la communication et du contact			
Troubles du comportement			
Troubles de l'humeur			
Troubles de la conscience et de la vigilance			
Troubles intellectuels ou cognitifs			
Troubles de la vie émotionnelle et affective			
Expression somatique des troubles psychiatriques			

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE		
Hospitalisation depuis les 12 derniers mois :	Oui	Non
Si Oui, veuillez préciser les périodes :		
ainsi que les établissements concernés :		
Fréquence de suivi (si mis en place) :	CATTP	Consultations externes
<i>Cochez et précisez</i>		
CMP (visite, consultation, suivi social et éducatif)	Hôpital de jour	Autre :
La présence d'une infirmière est-elle nécessaire à l'utilisateur pour prendre ses thérapeutiques ?	Oui	Non
L'utilisateur peut-il se rendre à ses RDV médicaux et paramédicaux seul ?	Oui	Non
L'utilisateur peut-il se rendre à ses RDV médicaux et paramédicaux avec stimulation ?	Oui	Non
L'utilisateur peut-il se rendre à ses RDV médicaux et paramédicaux avec accompagnement ?	Oui Famille Tierce Personne Sanitaire	Non

HÉBERGEMENT ACTUEL			
Logement Autonome	Appartement thérapeutique		Hébergement d'urgence
Besoin de supervision :	Aide de la famille	Aide à domicile	Repas à domicile
	Autre(s) (veuillez préciser svp) :		
Détaillez ici le projet thérapeutique et l'accompagnement actuel			

ORIENTATION MÉDICO-SOCIALE		
<i>Votre avis sur la pertinence d'un accompagnement médico-social à mettre en place</i>		
L'accompagnement pluridisciplinaire actuel est suffisant	Oui	Non
L'accompagnement nécessite l'intervention d'un service à la vie sociale	Oui	Non
<i>Précisez, le cas échéant, l'accompagnement que vous souhaitez mettre en place</i>		
Selon vous, l'usager nécessite t-il un autre <u>type d'hébergement</u> que le domicile ?	Oui	Non
L'usager accueilli exerce une activité professionnelle et a besoin d'un encadrement éducatif dans les actes quotidiens	Oui	Non
L'usager accueilli ne peut exercer une activité professionnelle mais reste autonome dans les actes quotidiens	Oui	Non
L'usager accueilli a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour la plupart des actes essentiels ainsi qu'une surveillance et des soins constants	Oui	Non
L'usager accueilli a besoin impérativement d'une prise en charge globale (actes essentiels / surveillance / soins constants)	Oui	Non
Le besoin relève t-il :		
D'un accueil de jour	Oui	Non
D'un accueil permanent	Oui	Non
D'un accueil temporaire (90 jours / an)	Oui	Non

CAPACITÉS DE TRAVAIL			
L'usager a t-il une difficulté à obtenir / conserver un emploi en raison de son handicap ?	Oui	Non	
L'usager est-il accompagné dans sa recherche d'emploi par un partenaire ?	Oui	Non	Si oui, lequel ?
Si l'usager est accompagné par le Service Public de l'emploi (Pôle Emploi, Cap Emploi, Mission locale), bénéficie-t-il d'une prestation ponctuelle spécifique (PPS) Handicap Psychique ?	Oui	Non	
La situation de handicap est-elle compatible avec l'exercice d'une activité professionnelle ?	Oui	Non	
Si non, pour une durée :	Moins d'un an	comprise entre 1 an et 2 ans	Plus de 2 ans
L'orientation peut-elle être envisagée en milieu ordinaire :	A temps complet	A temps partiel	
Si à temps partiel :	Moins d'un mi-temps	Plus d'un mi-temps	
L'orientation est-elle possible en milieu protégé ?	Oui, de manière classique	Oui, de type « hors les murs »	Non
Si oui :	Temps complet	Temps partiel	
Pour les déficients psychiques, la pré-orientation spécialisée est possible avec le Centre Lillois de Rééducation Professionnelle de Lille. Attention : l'établissement ne propose pas d'hébergement lors de la 1^{ère} phase du dispositif.			
Par conséquent, si l'usager relève de la pré-orientation spécialisée, peut-il s'y rendre quotidiennement durant cette période de stage (1 ^{ère} phase du dispositif) ?	Oui	Non	

Observations :	Date : Signature et cachet du professionnel de santé ou du service :
-----------------------	---