

Patient entre 13 et 40 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 psychiatre :**

ID Patient  
Étiquette SIGMA

(ou Nom Prénom Date de naissance)

## COORDONNEES ADRESSEUR Lisibles SVP

Je souhaite recevoir le CR

Convocation à envoyer :  au patient \*  au prescripteur

\* préciser coordonnées :

### NOM/Prénom psychiatre adresseur :

(si bon rempli par interne de psychiatrie, indiquer nom prénom du chef de service)

### Service demandeur :

(unité/hôpital/secteur/ville)

### Téléphone (obligatoire) :

### Mail :

| LES PREMIÈRES MANIFESTATIONS CLINIQUES  | < 7 jours                | < 1 mois                 | < 6 mois                 | < 1 an                   | Entre 1 et 3 ans         | > 3 ans                  | SCOLARITÉ<br>(Dernier niveau atteint) | <input type="checkbox"/> |             |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|-------------|
| Symptômes psychiatriques  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | Lycée       |
| Symptômes psychotiques  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | BTS, DUT... |
| Rupture avec le fonctionnement  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | Licence     |
| Date de première consultation (pour cette problématique, tous professionnels confondus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | Master      |
|   |                          |                          |                          |                          |                          |                          | <input type="checkbox"/>              | <input type="checkbox"/> | Doctorat    |

| ANTECEDENTS - Cocher si présent et préciser ci-dessous |                          |                  |                          | SYMPTOMES PSYCHIATRIQUES - Cocher si présent et préciser ci-dessous |                          |                                  |                          |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|---|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|
| Médicaux   | <input type="checkbox"/> | Développementaux | <input type="checkbox"/> | Idées délirantes  | <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>Si oui, préciser:</i>                               |                          |                  |                          | Manifestations thymiques  | <input type="checkbox"/> | Consommation de toxiques         | <input type="checkbox"/> |
|  |                          |                  |                          | <i>Si oui, 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>Si oui, préciser:</i>                          |                          |                       |                          | Date du terme: .....                       |                          |                                    |                          |
|   |                          |                       |                          | <i>Si oui, préciser:</i>                   |                          |                                    |                          |

Allergie aux produits de contraste  Oui  Non  *Le protocole IRM ne prévoit pas systématiquement d'injection de Gadolinium*

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

MODALITES DE PRISE EN CHARGE: Libre de jour  Libre à temps plein  Sans consentement  Prise en charge ambulatoire

POUR L'EXAMEN:

Taille (cm) : ..... Le patient sera-t-il prémédiqué lors de l'examen?  N

Poids (kg) : ..... Le patient sera-t-il accompagné?  N

Une imagerie cérébrale a-t-elle déjà été effectuée (IRM, TDM...)? Si oui, quand?

Coopération du patient :  
 Facile  Moyenne  Difficile

**À TRANSMETTRE AU SERVICE DE NEURORADIOLOGIE ou RADIOLOGIE DE VOTRE SECTEUR**

Date de la demande : ..... Date de l'examen: .....

**(Avez-vous bien rempli la partie "COORDONNEES ADRESSEUR" ?)**

Besoin d'aide? [contact@predipsy.fr](mailto: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](http://www.predipsy.fr) ou [contact@predipsy.fr](mailto:contact@predipsy.fr)

