

Le dispositif **PrediPsy**¹ permet l'obtention d'un examen IRM de référence en semi-urgence pour le bilan des pathologies psychotiques émergentes : patients à **Ultra Haut Risque (UHR)** ou présentant un **Premier Épisode Psychotique (PEP)**.

<input type="checkbox"/> Je m'engage Signature psychiatre :	En tant que psychiatre prescripteur, je m'engage sur les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> • J'ai expliqué au patient que ses données cliniques et d'imagerie seront recueillies anonymement dans le cadre de la cohorte régionale PEP-OBS². • Le patient a compris et 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. • J'ai compris que je pourrai être recontacté pour fournir des informations complémentaires sur l'évolution clinique de mon patient et de sa pathologie.
---	--

COORDONNÉES PATIENT : Secteur : _____ NOM – Prénom : _____ Date de naissance : ____ __ ____ Adresse : _____ _____ N° de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____ Nom et N° de la personne de confiance : _____ _____	COORDONNÉES PRESCRIPTEUR (Lisibles SVP) : Nécessaires à la réception du compte-rendu NOM – Prénom : _____ (si bon rempli par interne de psychiatrie, indiquer nom prénom du chef de service) Service demandeur : _____ N° de téléphone : _____ Adresse e-mail : _____ <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir le compte-rendu
---	--

Bilan de la pathologie psychotique émergente Diagnostic actuel : <input type="checkbox"/> PEP <input type="checkbox"/> UHR/psychose atténuée Autre, préciser : _____ Comorbidités psychiatriques : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : _____ Symptômes prodromiques (ex : repli) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : _____						
	< 7jours	< 1mois	<6mois	<1an	1 à 3ans	>3ans
Début des symptômes psychotiques positifs :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durée de psychose non traitée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(durée depuis l'apparition des symptômes positifs sans traitement dont BLIPS)</i>						
Date de la première consultation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(en lien avec le PEP, tout professionnel confondu)</i>						
Rupture actuelle avec le fonctionnement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>(social/scolarité/travail)</i>						

Antécédents <input type="checkbox"/> Médicaux <input type="checkbox"/> Neurologiques <input type="checkbox"/> Obstétricaux <input type="checkbox"/> Chirurgicaux <input type="checkbox"/> Allergiques <input type="checkbox"/> Psychiatriques (personnels ou familiaux) Si oui, préciser : _____ _____ _____	Syndromes <input type="checkbox"/> Délirant <input type="checkbox"/> de Désorganisation <input type="checkbox"/> Symptômes négatifs <input type="checkbox"/> Thymique <input type="checkbox"/> Catatonique <input type="checkbox"/> Confusionnel Si oui, préciser : _____ _____ _____	Hallucinations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Visuelles <input type="checkbox"/> Auditives <input type="checkbox"/> Olfactives <input type="checkbox"/> Tactiles / Cénesthésiques <input type="checkbox"/> Gustatives Aggravation sous psychotropes : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : _____ _____	Autres manifestations <input type="checkbox"/> Signes de focalisation <input type="checkbox"/> Convulsions <input type="checkbox"/> Céphalées <input type="checkbox"/> Hyperthermie <input type="checkbox"/> État grippal <input type="checkbox"/> Anomalie à l'examen clinique somatique <input type="checkbox"/> Anomalie biologique dont syndrome inflammatoire Si oui, préciser : _____ _____
--	---	---	---

Consommation de toxiques <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Actuelle</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Passée</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>Tabac</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cannabis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alcool</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Psychostimulants</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres, préciser :</td> <td colspan="4">_____</td> </tr> </table>		Actuelle		Passée			Oui	Non	Oui	Non	Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychostimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres, préciser :	_____				Traitements actuels (DCI et posologie) : _____ _____ _____ Modalité de prise en charge : Libre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ambulatoire <input type="checkbox"/> HDJ <input type="checkbox"/> HTP	Scolarité <input type="checkbox"/> Brevet <input type="checkbox"/> CAP / BEP <input type="checkbox"/> BAC / BAC pro <input type="checkbox"/> BTS <input type="checkbox"/> Licence <input type="checkbox"/> Master <input type="checkbox"/> Doctorat
	Actuelle		Passée																																		
	Oui	Non	Oui	Non																																	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Psychostimulants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																	
Autres, préciser :	_____																																				

IDENTITÉ PATIENT : NOM – Prénom : _____		Date de naissance : ____ ____ ____	
Date de la demande : ____ ____ ____ Une IRM a déjà été réalisée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, précisez : Date : ____ ____ ____ Taille : _____ cm Motif : _____ Poids : _____ kg		Contre indications	
Cadre réservé au radiologue : Date de l'examen : ____ ____ ____ Séquences supplémentaires réalisées sur l'indication du radiologue : _____ Coopération du patient lors de l'examen : <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Difficile		Oui	Non
		Claustrophobie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacemaker <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Clairance créatine <30 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Grossesse <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, date du terme : _____ Clips ferromagnétiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autres corps étrangers <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Prothèses ou implants <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Éclats métalliques intraoculaires <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Coopération du patient : <input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Difficile	Oui

Les informations demandées ainsi que les données concernant l'évolution clinique du patient sont importantes pour le radiologue ainsi que pour l'interprétation et la réinterprétation des images.

Merci de vous assurer que vous avez correctement rempli **tous les champs du bon**, en particulier les **coordonnées du médecin prescripteur**.

Où adresser ma demande ?

Ce bon est à transmettre au service de neuroradiologie ou radiologie de votre secteur. Scanner ici



Besoin d'aide ? Une question ?
Contactez nous à contact@predipsy.fr
ou via le site predipsy.fr

Améliorer la prise en charge du patient présentant une pathologie psychotique émergente

Tout patient présentant un premier épisode psychotique (PEP) ou un état mental à ultra haut risque (UHR) doit pouvoir bénéficier d'une exploration cérébrale homogène et de qualité, quel que soit son lieu d'habitation. **PrediPsy** propose de faciliter cet accès au soin en permettant la réalisation d'un examen d'imagerie cérébrale de référence en semi-urgence pour le diagnostic différentiel du PEP garantissant une harmonisation des pratiques dès ses premiers stades.

¹**PrediPsy** est un dispositif de soin mis en place dans le cadre du Fond d'Innovation Organisationnelle en Psychiatrie (**FIOP 2019**) par la Direction Générale de l'Offre de Soins (**DGOS**) et soutenu par l'Agence Régionale de Santé Hauts-de-France (**ARS HdF**) et la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts-de-France, (**F2RSM Psy**)

²**PEP-OBS** est une cohorte observationnelle régionale de suivi de patients expérimentant un PEP en Hauts-de-France dont le promoteur est la F2RSM Psy.