**CONSULTATION D’EVALUATION D’UN TROUBLE BIPOLAIRE OU D’UNE SCHIZOPHRENIE**

**DOCUMENT A REMPLIR AVANT LA 1ère CONSULATION**

**Nom : …………………………………………………… Prénom………………………………………………..**

Date de naissance : |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Taille : |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| cm Poids : |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| kg

Problématique principale actuelle :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Antécédents de problèmes de santé dans la famille (**parents, frères/sœurs, grands-parents, oncles/tantes, cousines/cousins) :
* Psychiatriques :
* Autres problèmes de santé notables :
1. **Eléments vous concernant** :

***NIVEAU D’ÉTUDES* (cocher le niveau maximal atteint) :**

❑ Scolarité primaire achevée

❑ Scolarité secondaire achevée

Dernière classe fréquentée \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dernier diplôme obtenu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❑ CAP/BEP

❑ Brevet des collèges

❑ Baccalauréat

❑ Etudes supérieures

Vous pouvez trouver certaines de ces informations dans votre carnet de santé, où interroger vos parents.

**Consommez vous du tabac?** ❑ Oui Non ❑

Si oui, merci de remplir ce questionnaire (lien ici, échelle de Fagerström)

Age de début du tabac⎪\_\_⎪\_\_⎪ans

**Consommation d’alcool** : ❑ aucune ❑ passée ❑ actuelle

**Consommation de cannabis** : ❑ aucune ❑ passée ❑ actuelle

**Consommation d’autres toxiques** : ❑ aucune ❑ passée ❑ actuelle

* 1. **Âges de vos parents parents à votre naissance :** Père : |\_\_|\_\_| ans Mère : |\_\_|\_\_| ans
	2. **Grossesse (lorsque votre mère était enceinte de vous)**
* Saignements ? Autres soucis?

❒ Oui ❒ Non

* Pathologies liée à la grossesse (entouré :

❒ Diabète

❒ Hypertension artérielle

❒ Pré-éclampsie

❒ Placenta praevia

❒ Autre

* Prise de médicaments pendant la grossesse :

❒ Oui : lesquels ? quel trimestre ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

❒ Non

* Toxiques pendant la grossesse :

❒ Tabac

❒ Alcool

❒ Autre : ……………………………………………………………………………………………………………………………Infections pendant la grossesse :

❒ Toxoplasmose

❒ CMV

❒ Rubéole

❒ Listéria

❒ Grippe

❒ Autre : ………………………………………………………………………………………………………….

* 1. **Accouchement**: normal, césraienne, forceps, prématuré?

 ……………………………………………………………………………………………

* 1. **Développement psychomoteur** :
* A quel âge avez-vous appris à marcher ? (en mois) A quel âge avez-vous appris à parler ?…………………………………………………………………
	1. **Scolarisation** : Avez-vous eu des difficultés pendant votre scolarité?

 e. **Début des troubles** :

 - Âge des premiers symptômes : ……………………………………

 - Âge du premier diagnostic :

* Schizophrénie ………………………………..
* Trouble bipolaire ……………………………

Si trouble bipolaire : **polarité du premier épisode :** ❑ **Manie** ❑ **Dépression** ❑ **?**

Date de prescription du traitement : \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Âge de la **première hospitalisation**: |\_\_|\_\_| ans

**Nombre d’hospitalisations** : |\_\_|\_\_|

**Trouble bipolaire** : Nombre d’épisodes de dépression vie entière …………………………

Nombres d’épisodes maniaques vie entière ……………………….

**Schizophrénie** : nombre d’épisodes : ……………………………….

Avez vous des problèmes de santé, si oui lesquels?

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

Avez vous fait un bilan récent (prise de sang, IRM, scanner)? si Oui, pouvez-vous l’apporter?

Quels sont les traitements que vous avez pris?

………………………………………………………………………

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

Lesquels vous ont aidé?

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

Lesquels vous n’avez pas supporté? Pourquoi?

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..

Vous êtes suivi par un médecin ou un psychiatre?

**Nom** : ……………………………………………………………

**Coordonnées** :

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………

……………………………………………………………………..