

RPM: formulaires types

Veillez trouver ci-joint une série de formulaires pouvant être utilisés dans le cadre de la collecte des données. Ceux-ci sont également disponibles sur disquette pour les établissements qui souhaitent les adapter en fonction de leur propre méthode de travail.

Cette série de formulaires comprend:

- 3 formulaires (RPM Bloc 0) dans lesquels l'administration peut annoncer au responsable RPM les divers mouvements du patient: admission, sortie ou changement d'index de service / d'unité de vie. Ces annonces constituent le signal pour le responsable RPM de la demande d'informations. Celle-ci peut se faire au moyen des formulaires qui seront envoyés aux sources d'information.

- Les formulaires RPM pour les Blocs 1 à 10 (sauf celui du Bloc 8, qui peut être défini au choix par l'institution) que le responsable RPM envoie après l'annonce de mouvements de la part de l'administration.
Le formulaire RPM Bloc 9 (sortie intermédiaire) remplit une double fonction. D'abord on demande de quel type de sortie il s'agit: médico-psychiatrique ou intermédiaire, et ensuite, on enregistre l'information concernant la sortie intermédiaire.
La source d'information responsable pour le Bloc 9 désigne le type de sortie.

- Les formulaires RPM pour les Blocs 11 et 12 qui seront envoyés par le responsable RPM lors de la semaine d'enregistrement des données discontinues (d'échantillon).

- Le formulaire RPM Données de Structure qui fournit les informations générales nécessaires à chaque période statistique.

Au responsable RPM:

Nom et prénom du patient:	Sexe:	Date de naissance:
.....	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
Commune:	Code INS:	
.....		

A été **admis(e)**:

Date	Index de service	Unité de vie
-------------	-------------------------	---------------------

Au responsable RPM:

Nom et prénom du patient:	Sexe:	Date de naissance:
.....	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	

est **sorti(e)** le:

Date	Index de service	Unité de vie
-------------	-------------------------	---------------------

Au responsable RPM:

Nom et prénom du patient:	Sexe:	Date de naissance:
.....	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	

a **changé** de service/d'unité:

Date	de: Index de service	Unité de vie
-------------	---------------------------------------	---------------------

à:

Index de service	Unité de vie
-------------------------	---------------------

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Marquez d'une croix:

MA08	Type d'admission
<input type="checkbox"/>	Programmée depuis moins de 24 heures
<input type="checkbox"/>	Programmée depuis 24 heures ou plus
<input type="checkbox"/>	Inconnu

Marquez d'une croix:

MA09	Mode d'admission
<input type="checkbox"/>	Volontaire
	<i>Sous mesure légale</i>
<input type="checkbox"/>	Mise en observation
<input type="checkbox"/>	Internement
<input type="checkbox"/>	Maintien
<input type="checkbox"/>	Probation
<input type="checkbox"/>	Autre condition juridique
<input type="checkbox"/>	Assistance à personne en danger
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifié
<input type="checkbox"/>	Inconnu

Complété le:

Signature:.....

Indiquez une croix par colonne: la colonne D pour le dernier intervenant, la colonne AD pour l'avant-dernier intervenant, la colonne AP pour l'antépénultième intervenant:

MA10.1-3			Intervenants
D	AD	AP	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Initiative personnelle du patient
			<i>Entourage</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Initiative de la famille / proches
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Initiative d'autres non-professionnels
			<i>Services</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ambulance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Instance juridique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ordre public (police, gendarmerie,...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres professionnels sans objectifs thérapeutiques
			<i>Traitement ambulatoire</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation privée de médecin généraliste & médecin spécialiste non psychiatre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation privée psychiatre de la même institution
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation privée psychiatre non attaché à l' institution
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centre de Santé Mentale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation policlinique même institution ou même hôpital général
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consultation policlinique autre institution
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres professionnels avec objectifs thérapeutiques
			<i>Institution</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Même institution ou même hôpital général
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hôpital psychiatrique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Service psychiatrique en hôpital général
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maison de Soins Psychiatriques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Habitation protégée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hôpital général
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Centre d'accueil psychiatrique alternatif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maison de repos / MRS / Service V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre institution
			<i>Autres</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aucun intervenant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inconnu

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Marquez d'une croix:

MA11	Milieu de vie avant l'admission
<input type="checkbox"/>	Isolé
	Milieu familial ou de remplacement:
<input type="checkbox"/>	Famille fondée
<input type="checkbox"/>	Famille parentale
<input type="checkbox"/>	Résident ou cohabitant
<input type="checkbox"/>	Autre milieu familial ou de remplacement
	Habitation collective:
<input type="checkbox"/>	Résidence pour personnes âgées
<input type="checkbox"/>	Institution de soins aux handicapés
<input type="checkbox"/>	Centre d'accueil pour les sans-abri
<input type="checkbox"/>	Vie communautaire
<input type="checkbox"/>	Institution relevant de la Justice
<input type="checkbox"/>	Autre habitation collective
	Milieu thérapeutique:
<input type="checkbox"/>	Hôpital psychiatrique
<input type="checkbox"/>	Service psychiatrique en hôpital général
<input type="checkbox"/>	Maison de Soins Psychiatriques
<input type="checkbox"/>	Habitation protégée
<input type="checkbox"/>	Placement en milieu familial
<input type="checkbox"/>	Accueil psychiatrique alternatif
<input type="checkbox"/>	Hôpital général
<input type="checkbox"/>	Autre milieu thérapeutique
	Autres:
<input type="checkbox"/>	Autre milieu non spécifié
<input type="checkbox"/>	Sans domicile fixe
<input type="checkbox"/>	Inconnu

MA15	Profession principale actuelle ou dernière
	Salarié ou fonctionnaire
<input type="checkbox"/>	Ouvrier
<input type="checkbox"/>	Employé
<input type="checkbox"/>	Cadre moyen
<input type="checkbox"/>	Direction
	Indépendant
<input type="checkbox"/>	Agriculteur
<input type="checkbox"/>	Profession libérale
<input type="checkbox"/>	Autre profession en qualité d'indépendant
	Aide
<input type="checkbox"/>	Aide ou membre de la famille aidant
	Autre
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifié
<input type="checkbox"/>	Aucun / Sans
<input type="checkbox"/>	Inconnue

Complété le:.....

Signature:.....

MA12	Type du dernier enseignement réussi
<input type="checkbox"/>	Normal
<input type="checkbox"/>	Spécial
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifié
<input type="checkbox"/>	Aucun enseignement suivi
<input type="checkbox"/>	Inconnu
MA13	Niveau du dernier enseignement réussi
<input type="checkbox"/>	Maternel
<input type="checkbox"/>	Primaire
	Secondaire:
<input type="checkbox"/>	Secondaire inférieur
<input type="checkbox"/>	Secondaire supérieur
<input type="checkbox"/>	1e degré / Observation
<input type="checkbox"/>	2e degré / Orientation
<input type="checkbox"/>	3e degré / Détermination
<input type="checkbox"/>	Secondaire complémentaire
<input type="checkbox"/>	Secondaire indéterminé
	Supérieur:
<input type="checkbox"/>	Supérieur non universitaire
<input type="checkbox"/>	Universitaire
	Autres:
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifié
<input type="checkbox"/>	Aucun enseignement suivi
<input type="checkbox"/>	Inconnu

MA14	Statut professionnel au moment de l'admission
	Activité professionnelle rémunérée:
<input type="checkbox"/>	Travail à temps plein
<input type="checkbox"/>	Travail à temps partiel
<input type="checkbox"/>	Travail intermittent
	Activité professionnelle rémunérée mais provisoirement interrompu:
<input type="checkbox"/>	Maladie ou accident
<input type="checkbox"/>	Congé pour raisons familiales ou personnelles
	Sans activité professionnelle rémunérée
<input type="checkbox"/>	Au foyer (ménage)
<input type="checkbox"/>	Ecolier / Etudiant
<input type="checkbox"/>	Invalide
<input type="checkbox"/>	Handicapé
<input type="checkbox"/>	Chômeur indemnisé
<input type="checkbox"/>	Chômeur non indemnisé
<input type="checkbox"/>	Bénéficiaire d'une allocation
<input type="checkbox"/>	Pensionné
<input type="checkbox"/>	Rentier
	Autre:
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifié
<input type="checkbox"/>	Sans
<input type="checkbox"/>	Inconnu

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Diagnostic provisoire DSM-IV au moment de l'admission médico-psychiatrique:

Précisez le code en toutes lettres:

MA16.01-03 Axe 1 - Troubles cliniques	
1	.....
2	.....
3	.....

MA16.04-05 Axe 2 - Troubles de la personnalité / Retard mental	
1	.....
2	.....

MA16.09 Diagnostic principal:	
<input type="checkbox"/>	sur Axe 1
<input type="checkbox"/>	sur Axe 2
<input type="checkbox"/>	sur Axe 3

MA16.06-08 Axe 3 - Affections somatiques	
1	.....
2	.....
3	.....

Marquez d'une croix (en cas de réponse positive à la première ligne, ne pas compléter les lignes suivantes):

MA16.10-19 Axe 4 - Problèmes psychosociaux et liés à l'environnement	
<input type="checkbox"/>	Aucun problème identifié
<input type="checkbox"/>	Au sein du groupe de soutien primaire
<input type="checkbox"/>	En rapport avec l'environnement social
<input type="checkbox"/>	Problèmes éducationnels
<input type="checkbox"/>	Problèmes liés au travail
<input type="checkbox"/>	Problèmes de logement
<input type="checkbox"/>	Problèmes financiers
<input type="checkbox"/>	Problèmes liés à l'accès aux soins de santé
<input type="checkbox"/>	Problèmes avec la justice/police ou délit
<input type="checkbox"/>	Autres problèmes psychosociaux et liés à l'environnement

Complété le:

.....

Signature:

.....

MA16.20 Axe 5 - Evaluation globale du fonctionnement:	
échelle GAF:	

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Indiquez une croix dans le lorsque les problèmes sont directement responsable de l'admission ou de la poursuite du traitement/séjour et dans le lorsque les problèmes sont présents mais secondaires

MT10.1-29 Signes & symptômes psychiques

- Idées suicidaires
- Menaces d'auto-agression
- Auto-agressivité
- Hostilité, tension, négativisme
- Agressivité envers les objets
- Agressivité envers les personnes
- Humeur dépressive, sentiment d'infériorité
- Ralentissement, diminution des affects
- Affects inappropriés
- Agitation, vocifération
- Anxiété, angoisse, phobies
- Obsessions, compulsions
- Retrait social
- Euphorie
- Hallucinations
- Délires
- Méfiance, sentiment de persécution
- Idées de grandeur (mégalo manie)
- Dépendance excessive à autrui
- Problèmes liés à l'alcool
- Problèmes liés aux médicaments
- Problèmes liés aux drogues I.V.
- Problèmes liés aux autres drogues
- Attitude anti-sociale
- Préoccupations somatiques
- Désorientation
- Problèmes liés à la mémoire
- Problèmes liés au langage
- Autre problème psychique

description:

MT10.30-34 Problèmes relationnels

- avec les enfants
- avec le partenaire
- avec figures parentales
- avec d'autres membres de la famille
- autre problème relationnel

description:

MT10.35-39. Problèmes liés au fonctionnement social

- Etudes
- Travail
- Ménage
- Loisirs
- Autre problème lié au fonctionnement social

description:

MT10.40-44 Problèmes liés au développement

- Intellectuel
- Moteur
- Langage
- Maturation des affects
- Autre problème lié au développement

description:

MT10.45-53 Problèmes liés aux fonctions physiques

- Fatigue
- Problèmes liés au sommeil
- Problèmes liés à l'alimentation
- Dégradation de l'état général
- Problèmes sexuels
- Enurésie / encoprésie
- Crise épileptique, convulsions
- Problèmes liés à l'élocution
- Autre problème lié aux fonctions physiques

description:

Indiquez une croix par colonne:

MT11.01-03 Objectifs thérapeutiques

<i>Symptôme:</i>	<i>Adaptation psychosociale:</i>	<i>Mise au point:</i>
<input type="checkbox"/> Pas d'objectif	<input type="checkbox"/> Pas d'objectif	<input type="checkbox"/> non pertinente
<input type="checkbox"/> Stabilisation	<input type="checkbox"/> Maintien	<input type="checkbox"/> du traitement
<input type="checkbox"/> Réduction	<input type="checkbox"/> Amélioration	<input type="checkbox"/> du diagnostic et du traitement
<input type="checkbox"/> Disparition	<input type="checkbox"/> Rétablissement	<input type="checkbox"/> du diagnostic

Complété le:.....

Signature:

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre de traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Indiquez une croix par ligne:

MT12.01-17 Récapitulatif des soins dispensés						
Pourcentage de la durée de séjour:	0%	+	±	±	±	±
	0%	0%	25%	50%	75%	100%
Soins de base:						
Hygiène stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)continence fécale stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(In)continence fécale agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilité agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever / coucher stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lever / coucher agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentation agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage et déshabillage stimuler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habillage et déshabillage agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administration d'un traitement:						
I.V., perfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I.M., S.C., I.D.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Per os	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins en cas de thérapie par choc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres soin spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
description:						

Indiquez une croix par ligne:

MT13.1-10 Récapitulatif de la surveillance exercée						
Pourcentage de la durée de séjour:	0%	+	±	±	±	±
	0%	0%	25%	50%	75%	100%
du risque vital et/ou de suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de paramètres vitaux (TA., T°, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'imprégnation (alcool, drogue, médication, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'un monitoring ou d'une vidéo surveillance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
des moyens de contention	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la chambre d'isolement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la mesure de contraintes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de sortie contrôlée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de sortie interdite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d'autre mesure de surveillance spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Complété le:

Signature:

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Indiquez une croix par ligne:

MT14.1-13 Récapitulatif des évaluations effectuées					
Fréquence:	jamais	ponct-uel	mens-uel	hebdo-madaire	quo-tidien
Examen physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testing psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Evaluation infirmière	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Testing logopédique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan neurophysiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bilan biologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réunion de l'équipe thérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coordination avec le réseau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concertation médico-légale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protocole spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre évaluation spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indiquez une croix par ligne:

MT15.01-09 Récapitulatif des traitements psychotropes et médicamenteux						
Pourcentage de la durée de séjour::	0%	+	±	±	±	±
		0%	25%	50%	75%	100%
Anxiolytiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptiques retard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thymostabilisateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nootropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement à impact somatique (non-psychotrope)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement psychophysiological ou autre psychotrope	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>description:</i>						

Indiquez une croix par ligne:

MT16.1-14 Récapitulatif des traitements relationnels					
Fréquence:	jamais	ponct-uel	mens-uel	hebdo-madaire	quo-tidien
Entretien de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie de couple, de famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie individuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie de groupe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie, Thérapie psychomotrice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie de type économiquement productive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergothérapie de type économiquement non productive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVJ Entraînement fonctions de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement des activités de loisirs & socioculturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entraînement cognitif, intellectuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention psychopédagogique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accompagnement social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre traitement relationnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>description:</i>					

Complété le:

Signature:.....

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Diagnostic définitif DSM-IV à la fin de la période de traitement / séjour:

Ne remplir ce formulaire que si le diagnostic précédent n'est plus valable

Précisez le code en toutes lettres:

MT17.01-03 Axe 1 - Troubles cliniques	
1	.....
2	.....
3	.....

MT17.04-05 Axe 2 - Troubles de la personnalité / Retard mental	
1	.....
2	.....

MT17.09 Diagnostic principal:	
<input type="checkbox"/>	sur Axe 1
<input type="checkbox"/>	sur Axe 2
<input type="checkbox"/>	sur Axe 3

MT17.06-08 Axe 3 - Affections somatiques	
1	.....
2	.....
3	.....

Marquez d'une croix (en cas de réponse positive à la première ligne, ne pas compléter les lignes suivantes):

MT17.10-19 Axe 4 - Problèmes psychosociaux et liés à l'environnement	
<input type="checkbox"/>	Aucun problème identifié
<input type="checkbox"/>	Au sein du groupe de soutien primaire
<input type="checkbox"/>	En rapport avec l'environnement social
<input type="checkbox"/>	Problèmes éducationnels
<input type="checkbox"/>	Problèmes liés au travail
<input type="checkbox"/>	Problèmes de logement
<input type="checkbox"/>	Problèmes financiers
<input type="checkbox"/>	Problèmes liés à l'accès aux soins de santé
<input type="checkbox"/>	Problèmes avec la justice/police ou délit
<input type="checkbox"/>	Autres problèmes psychosociaux et liés à l'environnement

Complété le:

Signature:

MT17.20 Axe 5 - Evaluation globale du fonctionnement:
échelle GAF:

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Le patient précité est sorti.

Est-ce une sortie correspondant:

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | à la fin du traitement médico-psychiatrique dans l'institution |
| <input type="checkbox"/> | à une sortie intermédiaire après laquelle le traitement sera poursuivi dans l'institution |

Au cas où la sortie correspond à la fin du traitement médico-psychiatrique, renvoyez le formulaire sans le remplir davantage: les formulaires relatifs à la sortie médico-psychiatrique suivront.

Au cas où il s'agit d'une sortie intermédiaire, complétez les rubriques suivantes. Si la sortie intermédiaire excède les 30 jours, elle est d'emblée considérée comme une sortie médico-psychiatrique.

Sortie intermédiaire:

Précisez le nombre de jours (max. 30):

ID07	Nombre de jours prévus

Marquez d'une croix:

ID08	Destination
<input type="checkbox"/>	Milieu familial
<input type="checkbox"/>	Milieu thérapeutique autre institution
<input type="checkbox"/>	Même hôpital général
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifiée
<input type="checkbox"/>	Inconnue

Marquez d'une croix:

ID09	Raison
<input type="checkbox"/>	Personnelle (e.a. congé / familiale)
<input type="checkbox"/>	Examen / traitement
<input type="checkbox"/>	Juridique
<input type="checkbox"/>	Autre non spécifiée
<input type="checkbox"/>	Inconnue

Complété le:.....

Signature:.....

Etiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

Marquez d'une croix (en cas de décès, une deuxième):

MD07 Mode de sortie
Sortie négociée
<input type="checkbox"/> De commun accord
Sous mesures légales:
<input type="checkbox"/> Transfert et mise en observation dans une autre institution
<input type="checkbox"/> Maintien dans une autre institution
<input type="checkbox"/> Postcure
<input type="checkbox"/> Soins en milieu familial
<input type="checkbox"/> Autre mesure légale
Sortie exigée
<input type="checkbox"/> Exigée par l'intéressé ou par une autre personne sans l'accord de l'équipe
<input type="checkbox"/> Exigée par l'équipe sans l'accord de l'intéressé
Sortie non négociée
<input type="checkbox"/> Fugue
<input type="checkbox"/> Pas de retour
<input type="checkbox"/> Evasion
Décès:
<input type="checkbox"/> Naturel prévisible
<input type="checkbox"/> Naturel imprévisible
<input type="checkbox"/> Accident
<input type="checkbox"/> Suicide
<input type="checkbox"/> Homicide
<input type="checkbox"/> Circonstances inconnues ou indéterminées
en cas de décès:
<input type="checkbox"/> sans autopsie
<input type="checkbox"/> avec autopsie
En cas de décès, ne pas compléter les autres rubriques

Indiquez les 2 chiffres de l'intervenant concerné pour chaque rubrique selon les codes figurant dans le tableau de droite

MD10.1-9 Postcure et suivi proposés
Soins de base
Administration d'un traitement ou des actes nursing par un tiers
Surveillance
Evaluation
Traitement somatique
Traitement psychotrope
Traitement relationnel
Accompagnement social
Autre suivi à préciser
description:
.....

Marquez d'une croix:

MD11 Destination
<input type="checkbox"/> Isolé
Milieu familial ou de remplacement
<input type="checkbox"/> Famille fondée
<input type="checkbox"/> Famille parentale
<input type="checkbox"/> Résident ou cohabitant
<input type="checkbox"/> Autre milieu familial ou de remplacement
Habitation collective
<input type="checkbox"/> Résidence pour personnes âgées
<input type="checkbox"/> Institution de soins aux handicapés
<input type="checkbox"/> Centre d'accueil pour sans-abri
<input type="checkbox"/> Vie communautaire
<input type="checkbox"/> Institution relevant de la Justice
<input type="checkbox"/> Autre type d'habitation collective
Milieu thérapeutique
<input type="checkbox"/> Hôpital psychiatrique
<input type="checkbox"/> Service psychiatrique en hôpital général
<input type="checkbox"/> Maison de Soins Psychiatriques
<input type="checkbox"/> Habitation protégée
<input type="checkbox"/> Placement en milieu familial
<input type="checkbox"/> Accueil psychiatrique alternatif
<input type="checkbox"/> Hôpital général
<input type="checkbox"/> Autre milieu thérapeutique
Autres
<input type="checkbox"/> Pas d'application (décès)
<input type="checkbox"/> Autre milieu non spécifié
<input type="checkbox"/> Sans domicile fixe
<input type="checkbox"/> Inconnue

code Intervenant ou lieu d'un suivi proposé

- | | |
|-----------|---|
| 10 | Intervention non professionnelle dans l'entourage direct |
| 21 | Consultation privée de médecin généraliste & spécialiste non psychiatre |
| 22 | Consultation privée psychiatre de la même institution |
| 23 | Consultation privée psychiatre non attaché à l'institution |
| 24 | Centre de Santé Mentale |
| 25 | Consultation policlinique même institution ou même Hôpital Général |
| 26 | Consultation policlinique autre institution |
| 30 | Aides professionnels à domicile |
| 40 | Aides professionnels ambulatoires |
| 41 | Centres d'aide sociale |
| 50 | Aides professionnels sémi-résidentiels |
| 60 | Aides professionnels résidentiels |
| 98 | Pas de proposition de postcure |

Noter le des problèmes qui justifient les indications de suivi proposé à la sortie et le des problèmes qui sont présents mais secondaires

MD08.1-29 Signes & symptômes psychiques

- Idées suicidaires
- Menaces d'auto-agression
- Auto-agressivité
- Hostilité, tension, négativisme
- Agressivité envers les objets
- Agressivité envers les personnes
- Humeur dépressive, sentiment d'infériorité
- Ralentissement, diminution des affects
- Affects inappropriés
- Agitation, vocifération
- Anxiété, angoisse, phobies
- Obsessions, compulsions
- Retrait social
- Euphorie
- Hallucinations
- Délires
- Méfiance, sentiment de persécution
- Idées de grandeur (mégéromanie)
- Dépendance excessive à autrui
- Problèmes liés à l'alcool
- Problèmes liés aux médicaments
- Problèmes liés aux drogues I.V.
- Problèmes liés aux drogues autres
- Attitude anti-sociale
- Préoccupations somatiques
- Désorientation
- Problèmes liés à la mémoire
- Problèmes liés au langage
- Autre problème psychique

description:
.....

MD08.30-34 Problèmes relationnels

- avec les enfants
- avec le partenaire
- avec figures parentales
- avec d'autres membres de la famille
- autre problème relationnel

description:
.....

MD08.35-39. Problèmes liés au fonctionnement social

- Etudes
- Travail
- Ménage
- Loisirs
- Autre problème lié au fonctionnement social

description:
.....

MD08.40-44 Développement

- Intellectuel
- Moteur
- Langage
- Maturation des affects
- Autre problème lié au développement

description:
.....

MD08.45-53 Problèmes liés aux fonctions physiques

- Fatigue
- Problèmes liés au sommeil
- Problèmes liés à l'alimentation
- Dégradation de l'état général
- Problèmes sexuels
- Enurésie / encoprésie
- Crise épileptique, convulsions
- Problèmes liés à l'élocution
- Autre problème lié aux fonctions physiques

description:
.....

Indiquez une croix par colonne:

MD09.1-3 Objectifs thérapeutiques du suivi proposé

<i>Symptôme:</i>	<i>Adaptation psychosociale:</i>	<i>Mise au point:</i>
<input type="checkbox"/> Pas d'objectif	<input type="checkbox"/> Pas d'objectif	<input type="checkbox"/> Non pertinente
<input type="checkbox"/> Stabilisation	<input type="checkbox"/> Maintien	<input type="checkbox"/> du traitement
<input type="checkbox"/> Réduction	<input type="checkbox"/> Amélioration	<input type="checkbox"/> du diagnostic et du traitement
<input type="checkbox"/> Disparition	<input type="checkbox"/> Rétablissement	<input type="checkbox"/> du diagnostic

Complété le:

Signature:

Étiquette: identification du patient: Nom, numéro ID, Numéro d'ordre du traitement
 Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

PI02	Jour d'enregistrement
date:	

Si le patient appartient à des groupes de traitement, indiquez-le ci-dessous:

PI05-06	Groupe de traitement
Groupe 1	
Groupe 2	

Présence du patient durant chaque jour de la semaine d'enregistrement:

0 = Absent le jour de l'enregistrement

1=Seulement présent la nuit (et la soirée)

2=Seulement présent une partie de la journée et pas la nuit

3=Présent toute la journée mais absent pendant la soirée et la nuit

PI07-13	Présence pendant la semaine d'enregistrement				
	0	1	2	3	4
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquez d'une croix:

PF01-07	Fonctionnement de base	
PF01	L'alimentation	obs: 1 jour
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Autonome, moyennant une aide préalable ou un encouragement <input type="checkbox"/> Aide pour 1 ou plusieurs aspects mais pas constamment <input type="checkbox"/> Dépendant mais le patient collabore <input type="checkbox"/> Totalemment dépendant		

Indiquez une croix par rubrique:

PF01-07	Fonctionnement de base (suite)	
PF02	Se laver	obs: 1 jour
<input type="checkbox"/> Autonome, initiative personnelle <input type="checkbox"/> Autonome, moyennant une aide préalable ou un encouragement <input type="checkbox"/> Autonome (au dessus de la ceinture), aide nécessaire (en dessous) <input type="checkbox"/> Doit être lavé (au dessus et en dessous de la ceinture) mais il collabore <input type="checkbox"/> Totalemment dépendant		
PF03	Mobilité	obs: 1 jour
<input type="checkbox"/> Autonome sur de longues distances <input type="checkbox"/> Autonome sur de longues distances moyennant matériel <input type="checkbox"/> Sur de courtes distances <input type="checkbox"/> Moyennant l'aide d'autrui <input type="checkbox"/> Totalemment dépendant		
PF04	Déplacement aux toilettes	obs: 1 jour
<input type="checkbox"/> Autonome <input type="checkbox"/> Autonome moyennant matériel <input type="checkbox"/> Autonome moyennant surveillance ou encouragement <input type="checkbox"/> Autonome moyennant l'aide d'autrui <input type="checkbox"/> Totalemment dépendant		
PF05	Incontinence	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/> Continent pour urines et selles, jour et nuit <input type="checkbox"/> Accident occasionnel (1 fois par semaine) ou nécessité de rappel <input type="checkbox"/> Incontinent durant la nuit pour les urines ou selles, plus d'une fois semaine <input type="checkbox"/> Incontinent pour urines ou selles, jour et nuit		
PF06	Reconnaissance des personnes	obs: 1 semaines
<input type="checkbox"/> Reconnaît et désigne par leur nom les personnes familiares et moins familiares <input type="checkbox"/> Reconnaît seulement les membres de sa famille ou les personnes familiares et les désigne par leur nom <input type="checkbox"/> Donne des signes de reconnaissance des personnes familiares mais ne retrouve pas leur nom <input type="checkbox"/> Confond le plus souvent les personnes et les noms <input type="checkbox"/> Ne reconnaît personne		
PF07	Orientation dans le temps	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/> Orientation correcte <input type="checkbox"/> Orientation correcte à condition de bénéficier d'indications <input type="checkbox"/> Utilisation inexacte des notions de temps <input type="checkbox"/> Vit la plupart du temps dans le passé <input type="checkbox"/> N'a pas de notion du temps, ou cette notion n'est plus mesurable		

Indiquez une croix par rubrique:

PF08-11	Fonctionnement social
PF08	Transports en commun <i>obs: 1 mois</i>
<input type="checkbox"/>	Autonome
<input type="checkbox"/>	Autonome pour des trajets connus
<input type="checkbox"/>	Autonome à condition d'être accompagné avant ou après le trajet
<input type="checkbox"/>	Autonome à condition d'être accompagné pendant tout le trajet ou de voyager en groupe
<input type="checkbox"/>	Ne voyage pas
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF09	Faire des courses <i>obs: 1 mois</i>
<input type="checkbox"/>	Autonome
<input type="checkbox"/>	Autonome pour des produits simples dans un ou plusieurs magasins
<input type="checkbox"/>	Autonome à condition d'être surveillé
<input type="checkbox"/>	Autonome moyennant une présence permanente, ou achat d'1 produit dans 1 magasin
<input type="checkbox"/>	Le patient ne fait pas de courses
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF10	Gérer l'argent <i>obs: 1 mois</i>
<input type="checkbox"/>	Non appliqué: le patient a moins de 16 ans
<input type="checkbox"/>	Gestion échelonnée sur un ou plusieurs mois
<input type="checkbox"/>	Gestion échelonnée sur une ou plusieurs semaines
<input type="checkbox"/>	Gestion échelonnée sur un ou plusieurs jours
<input type="checkbox"/>	Ne gère pas d'argent
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF11	Autonomie administrative <i>obs: 1 mois</i>
<input type="checkbox"/>	Non appliqué: le patient a moins de 18 ans
<input type="checkbox"/>	Autonome
<input type="checkbox"/>	Autonome moyennant surveillance, éventuellement avec instructions détaillées
<input type="checkbox"/>	Aide effective
<input type="checkbox"/>	N'effectue aucun acte administratif même si c'est nécessaire, ou il s'oppose
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement

Indiquez une croix par rubrique:

PF12-19	Gestion du comportement
PF12	Degré d'initiative
<input type="checkbox"/>	Prend l'initiative sans difficultés et effectue les activités à un rythme adéquat
<input type="checkbox"/>	Commence difficilement ou exécute lentement des activités
<input type="checkbox"/>	Commence difficilement les tâches de routine ou les exécute très lentement
<input type="checkbox"/>	Manque d'initiative: inertie totale
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF13	Loisirs
<input type="checkbox"/>	Un large éventail d'activités bien structurées
<input type="checkbox"/>	Quelques activités régulières
<input type="checkbox"/>	Une seule activité ou des activités irrégulières et variables
<input type="checkbox"/>	Importants problèmes de structuration
<input type="checkbox"/>	Peu ou pas de structure
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF14	Comportement socialement acceptable
<input type="checkbox"/>	Dans et en dehors d'un milieu protégé
<input type="checkbox"/>	Dans et en dehors d'un milieu protégé, moyennant surveillance
<input type="checkbox"/>	Seulement dans un milieu protégé
<input type="checkbox"/>	Comportement socialement inacceptable
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF15	Communication avec autrui
<input type="checkbox"/>	Communication variée et cohérente
<input type="checkbox"/>	Communication imprécise
<input type="checkbox"/>	Communication sur un seul sujet
<input type="checkbox"/>	Communication verbale très limitée
<input type="checkbox"/>	Communication non verbale
PF16	Réactions d'autrui à la présentation
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: présentation acceptable
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: des remarques
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: critiques régulières et mesures limitées
<input type="checkbox"/>	Restriction sévère: présentation inacceptable et plusieurs mesures
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement
PF17	Contribution à l'ambiance et au maintien du cadre de vie
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: contribution acceptable
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: contribution variable
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: abandon de certaines tâches
<input type="checkbox"/>	Restriction sévère: démission (presque) complète et abandon de toutes les tâches
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement

PF12-19 Gestion du comportement (suite)		
PF18	Respect d'autrui	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: tient suffisamment compte des intérêts d'autrui	
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: en tient compte d'une manière variable	
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: tient peu compte d'autrui ou existence de conflits manifestes	
<input type="checkbox"/>	Sérieuse restriction: ne tient pas compte des intérêts d'autrui	
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement	
PF19	Lien effectif avec des amis	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: contacts réguliers avec un certain nombre d'amis et de relations	
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: un nombre limité d'amis et relations	
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: peu d'amis	
<input type="checkbox"/>	Sérieuse restriction: pas d'amis et (presque) pas de relations	
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement	

Indiquez une croix par rubrique:

PF20-23 Comportement Relationnel		
PF20	Comportement relationnel avec cohabitants	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: bons contacts	
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: relation quelque peu perturbée	
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: conflits manifestes	
<input type="checkbox"/>	Sérieuse restriction: relation très mauvaise ou contact évité	
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement	
PF21	Comportement relationnel avec amis (non-cohabitants)	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Non appliqué: pas d'amis	
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: bons contacts	
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: relation quelque peu perturbée	
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: conflits manifestes	
<input type="checkbox"/>	Sérieuse restriction: relation très mauvaise ou rompue	
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement	
PF22	Comportement relationnel avec frères et soeurs	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Non appliqué: pas ou plus de frère(s) ou soeur(s)	
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: bonnes relations	
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: relation quelque peu perturbée	
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: conflits manifestes	
<input type="checkbox"/>	Sérieuse restriction: relation très mauvaise ou rompue	
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement	
PF23	Comportement relationnel avec les figures parentales	obs: 2 semaines
<input type="checkbox"/>	Non appliqué: les figures parentales sont mortes ou le patient a plus de 65 ans	
<input type="checkbox"/>	Aucune restriction: bonnes relations	
<input type="checkbox"/>	Restriction limitée: relation quelque peu perturbée	
<input type="checkbox"/>	Restriction manifeste: conflits manifestes	
<input type="checkbox"/>	Sérieuse restriction: relation très mauvaise ou rompue	
<input type="checkbox"/>	Pas de données ou données insuffisantes au moment de l'enregistrement	

PA01-26 Les soins	
PA01 Urgence psychiatrique	
<input type="checkbox"/>	Non appliquée pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliquée
PA02 Anamnèse	
<input type="checkbox"/>	Non appliquée pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Anamnèse limitée: 1 heure ou moins
<input type="checkbox"/>	Anamnèse étendue: plus d'une heure
PA03 Observation structurée	
<input type="checkbox"/>	Pas d'observation systématique pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Observation systématique occasionnelle
<input type="checkbox"/>	Observation systématique périodique
PA04 Activités diagnostiques	
<input type="checkbox"/>	Non appliquée pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliquée
PA05 Régime diététique	
<input type="checkbox"/>	Non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliqué
PA06 Activités de travail	
<input type="checkbox"/>	Non appliqué: pas d'activités de travail durant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Moins de 3 heures d'activités de travail durant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	3-15 heures
<input type="checkbox"/>	15 heures ou plus
PA07 Entraînement des aptitudes socio-économiques	
<input type="checkbox"/>	Non appliquée pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliquée
PA08 Accompagnement des activités ménagères	
<input type="checkbox"/>	Pas d'accompagnement des activités ménagères pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Moins d'une heure d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	1 à 3 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	4 à 8 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	9 à 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Plus de 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
PA09 Accompagnement des activités socioculturelles, sociales et de loisirs	
<input type="checkbox"/>	Pas d'accompagnement d'activités socio-culturelles, sociales ou de loisirs
<input type="checkbox"/>	Moins de 3 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	3 à 7 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	8 à 15 heures d'accompagnement pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Plus de 15 heures pdt la semaine d'enregistrement

Les soins (suite)	
PA10 Accompagnement des problèmes sociaux ou juridiques	
<input type="checkbox"/>	Non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Une ou plusieurs sessions occasionnelles d'accompagnement
<input type="checkbox"/>	Une ou plusieurs sessions d'accompagnement systématique
PA11 Accompagnement à la relation patient-milieu	
<input type="checkbox"/>	Pas d'accompagnement à la relation patient-milieu pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Une ou plusieurs sessions occasionnelles d'accompagnement
<input type="checkbox"/>	Une ou plusieurs sessions d'accompagnement systématique
PA12 Psychothérapie	
<input type="checkbox"/>	Non appliquée pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Psychothérapie de moins d'une heure durant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	1- 2 heures de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	3 - 13 heures de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	14 heures ou plus de psychothérapie au cours de la semaine d'enregistrement

PA13-15 Administration de médication
médication psycho-pharmacologique nombre d'administrations (aucune=0)
médication somatique nombre d'administrations (aucune=0)
médication I.M./S.C./I.D. nombre d'administrations (aucune=0)

Les soins (suite)	
PA16	Enregistrement des paramètres biologiques
<input type="checkbox"/>	Pas de mesure pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Une indication du paramètre, le plus fréquent
<input type="checkbox"/>	Deux indications
<input type="checkbox"/>	3-5 indications
<input type="checkbox"/>	6-9 indications
<input type="checkbox"/>	10-17 indications
<input type="checkbox"/>	18 indications ou plus
PA17	Prélèvements de sang
<input type="checkbox"/>	Non appliqués pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliqués
PA18	Soins à une plaie
<input type="checkbox"/>	Pas de soins à une plaie pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	1-5 soins à une plaie
<input type="checkbox"/>	6-16 soins à une plaie
<input type="checkbox"/>	17 soins ou plus à une plaie
PA19	Liberté de déplacement
<input type="checkbox"/>	Demeure dans une unité de vie ouverte: peut quitter l'institution de commun accord
<input type="checkbox"/>	Demeure dans une unité de vie fermée: peut quitter l'institution après permission
<input type="checkbox"/>	En dehors de l'institution à condition d'être accompagné par un tiers
<input type="checkbox"/>	En dehors de l'unité de vie à condition d'être accompagné d'un membre de l'équipe
PA20	Accompagnement physique vers et à partir d'un autre service ou institution
<input type="checkbox"/>	Pas d'accompagnement physique pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Un accompagnement physique pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Plusieurs accompagnements physiques pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Un ou plusieurs accompagnements physiques journaliers pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Un accompagnement physique pour chaque déplacement du patient vers et à partir d'un autre service ou institution
PA21	Moyens de contention
<input type="checkbox"/>	Pas de moyens de contention pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Moins de 7 heures pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	7 heures ou plus d'enregistrement pendant la semaine
PA22	Isolement au cabanon
<input type="checkbox"/>	Non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliqué
PA23	Isolement (autre que cabanon)
<input type="checkbox"/>	Non appliqué pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Appliqué

Les soins (suite)	
PA24	Activités régulières individuelles
<input type="checkbox"/>	Pas d'activités régulières individuelles pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Au moins une activité régulière individuelle pendant la semaine d'enregistrement
PA25	Activités régulières en groupe
<input type="checkbox"/>	Pas d'activités régulières en groupe pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Moins de 3 heures d'activités régulières en groupe pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	3 - 12 heures pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	13 - 18 heures pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	19 - 35 heures pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Plus de 35 heures pendant la semaine d'enregistrement
PA26	Activités d'accompagnement non structurées et non planifiées
<input type="checkbox"/>	Pas d'activités non structurées et non planifiées pendant la semaine d'enregistrement
<input type="checkbox"/>	Moins de 3 heures d'activités non planifiées par semaine
<input type="checkbox"/>	3 à 12 heures d'activités non planifiées par semaine
<input type="checkbox"/>	13 - 18 heures d'activités non planifiées par semaine
<input type="checkbox"/>	19 - 35 heures d'activités non planifiées par semaine
<input type="checkbox"/>	36 à 49 heures d'activités non planifiées par semaine
<input type="checkbox"/>	50 à 90 heures d'activités non planifiées par semaine
<input type="checkbox"/>	Plus de 90 heures d'activités non planifiées par semaine

Compléte le:

Signature:

Etiquette d'identification de l'unité de vie

Envoyé le: jj.mm.aaaa à:

PT1 Jour d'enregistrement
date:

PT03-24 Equipe de Soins		
	<i>Nombre d'ETP</i>	<i>Nombre d'heures</i>
Infirmiers psychiatriques (a1 & a2)	.	
Infirmiers sociaux de l'unité de vie	.	
Infirmiers généraux et autres infirmiers	.	
Autre personnel soignant	.	
Stagiaires de personnel infirmier et soignant	.	
Staff médical	.	
Personnel psychologique et pédagogique	.	
Personnel de l'assistance sociale	.	
Personnel resocialisant	.	
Autres membres de l'équipe de soins	.	
Stagiaires à l'exception du personnel infirmier/soignant	.	

Complété le:

Signature:

SU1-6 Description des unités de vie				
nom interne	numéro ID	# en 1-pers.	# en 2-pers.	# en +-pers.
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
.....				
Date d'ouverture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fermeture:		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Journées d'hospitalisation réalisées par index de service et par trimestre

RR1-16 Journées d'hospitalisation réalisées	
RR01	Trimestre de l'année
RR02	L'index du service
RR03	Nombre moyen de lits/places d'hospitalisation complète .
RR04	Nombre moyen de lits/places d'hospitalisation partielle .
RR05	Mois 1
RR06	Nombre de journées d'hospitalisation complètes réalisées 1 .
RR07	Nombre de journées d'hospitalisation partielles réalisées 1 .
RR08	Nombre pondéré de journées d'hospitalisation partielles 1 .
RR09	Mois 2
RR10	Nombre de journées d'hospitalisation complètes réalisées 2 .
RR11	Nombre de journées d'hospitalisation partielles réalisées 2 .
RR12	Nombre pondéré de journées d'hospitalisation partielles 2 .
RR13	Mois 3
RR14	Nombre de journées d'hospitalisation complètes réalisées 3 .
RR15	Nombre de journées d'hospitalisation partielles réalisées 3 .
RR16	Nombre pondéré de journées d'hospitalisation partielles 3 .