## Concertation pluridisciplinaire

## « COmportement défi »

# **Fiche de renseignements pour soumission d’un dossier a la RCP**

Médecin demandeur de l’avis

**NOM :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Structure d’exercice :**

**e-mail :**

**Coordonnées téléphoniques :**

identite du patient

**NOM :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**Sexe :** [ ] Masculin [ ]  féminin

**Lieux de vie et/ou de prise en charge (ne pas oublier le domicile familial le cas échéant) :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 1 | 2 | 3 |
| Nom  |  |  |  |
| Code postal et ville |  |  |  |
| Jours et/ou nuits de présence |  |  |  |

Diagnostic ET BILAN

**Diagnostic étiologique**(cochez si Inconnu [x]  **):**

**Diagnostic(s) psychiatrique(s) :**

**Antécédents notables et troubles associés :**

**Liste des bilans réalisés durant les 3 dernières années (psychologique, paramédical, examens médicaux complémentaires) :** *Merci de joindre les comptes rendus avec votre demande d’avis.*

traitement et prises en charge

**Traitements médicamenteux actuels (molécule et posologie) :**

**Prises en charges (ré)éducatives (type et rythmicité) :**

DESCRIPTION DU COMPORTEMENT DEFI

**Type :**

**Fréquence :**

**Contexte de survenue :**

**Conséquences (pour la personne et son entourage) :**

Question(s) poséé(s)

-

-

-