**Docteur Arnaud DELOGE**

**Chef de Pôle**

**Monsieur Fabien PERON**

**Cadre supérieur de santé**

**Demande d’évaluation CERPAD**

Cher.e collègue,

Nous vous remercions pour la confiance que vous accordez au CERPAD et mettons en place tout ce qui est possible pour donner suite à votre demande dans les meilleurs délais.

FILIERE UNIVERSITAIRE DE SOINS DE RECOURS

Pathologies Complexes Résistantes

**Professeur Bruno AOUIZERATE**

*Professeur des Universités*

*Praticien Hospitalier*

*Responsable médical*

**Laetitia TRIJOULET**

*Cadre de Santé*

**Professeur Thomas BIENVENU**

*Professeur des Universités*

*Praticien Hospitalier*

**Docteur Florian GAY**

*Chef de Clinique – Assistant spécialiste*

**Docteur Juliette MINJOULAT REY**

*Praticien Hospitalier*

**Docteur Maroua SAID**

*Praticien Hospitalier*

**Docteur Damien ETCHECOPAR-ETCHART**

*Praticien Hospitalier*

**Marie SANCHEZ**

*Psychologue*

*Spécialisée en neuropsychologie*

**Fanny HOORELBEKE**

*Infirmière*

**Anaïs REBOUCHE**

**Stéphanie CHRETIEN**

*Secrétaires*

*05.33.57.81.51*

*cerpad@ch-perrens.fr*

Afin de faciliter l'étude du dossier, et, le cas échéant, la réalisation du bilan d'évaluation, **nous vous remercions sincèrement de prendre en compte les éléments suivants :**

- Le document de demande ci-joint devra être renseigné le plus exhaustivement possible, avec une attention particulière accordée au chimiogramme. De ces informations dépend la qualité des préconisations émises à l'issue du bilan. **Seules les demandes complètes seront prises en compte.**

- Un bilan sanguin systématique devra être réalisé avant la première consultation, dont une liste type est fournie en annexe 1.

- Pour les patient.e.s âgé.e.s de plus de 65 ans, une IRM cérébrale devra être prescrite par vos soins avant la première consultation au CERPAD, et préférablement disponible lors du bilan. Un texte type est également fourni en annexe 2.

- Le traitement médicamenteux devra demeurer inchangé durant la totalité de réalisation du bilan, jusqu'à sa restitution, sauf indication explicite de la part de notre équipe.

- La participation à des protocoles de recherche pourra être proposée aux patient.e.s. Merci de bien vouloir les en informer.

Bien confraternellement

**Pr Thomas Bienvenu,**

**Responsable médical de l'unité,**

**pour l'équipe du CERPAD.**

**Annexe 1 : prescription du bilan sanguin systématique.**

**Hématologie :**

NFS

TP, TCA

**Biochimie :**

- Ionogramme sanguin

- Calcémie totale et corrigée, phosphorémie

- Créatininémie et clairance MDRD, urée, acide urique

- Protéinémie, albuminémie

- Cholestérol total, HDL, LDL, triglycérides

- ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubinémie

- Glycémie à jeun +/- HbA1c (si Glycémie à jeun > 1.26g/L)

- Vitamines B9, B12

- CRPus

- Fer sérique, Ferritinémie

-Prolactinémie (si antipsychotique?)

**Toxicologie :**

- Dosage sanguin et/ou urinaire des concentrations des traitements psychiatriques en cours

**Hormonologie :**

- TSHus, T3, T4

- Cortisol plasmatique matinale

- BHCG (si femme en âge de procréer)

**Immunologie :**

- Facteurs anti nucléaires

**Bactériologie/Virologie :**

Sérologies borréliose, VIH, VHB (AcHBs, AcHBc, AgHBs), VHC

**Annexe 2 : prescription d'IRM cérébrale.**

IRM cérébrale sans injection de produit de contraste.

Indication : dépression résistante (atypique le cas échéant). *Préciser la clinique*

Merci de réaliser :

* Une volumétrie cérébrale à la recherche d'une atrophie et de sa localisation.
* Des coupes fines sur les hippocampes, avec stadification du volume hippocampique.
* La recherche d'une surcharge vasculaire, avec stadification sur séquences T2\*/SWI.

**Coordonnées du patient :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Numéro de sécurité sociale : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Médecin adresseur (avec coordonnées) :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Motif de la demande :**

Avis diagnostique (préciser les hypothèses discutées )

Avis thérapeutique (préciser les dimensions ciblées)

*Si possible, quelles sont les attentes du patient :* Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Antécédents connus :**

* **Psychiatriques personnels** (dont hospitalisation, suivi psychiatrique / psychologique passé et actuel) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Addictologiques** :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Médico-chirurgicaux** :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Psychiatriques familiaux :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

* **Imagerie cérébrale** :  oui (préciser le résultat le cas échéant)  non

**Mode de vie (entourage, profession) :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Histoire de la maladie :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Eléments cliniques actuels détaillés :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Traitements médicamenteux en cours :**

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

***Historique des traitements médicamenteux ou non médicamenteux (voir tableau ci-après)***

|  |
| --- |
| **IMPORTANT** |
| **Documents à joindre à cette demande (si disponibles) ou à amener par le patient le jour de la consultation** : bilan biologique récent, ECG, compte-rendu d’hospitalisation, compte-rendu d’imagerie, compte-rendu de bilan neuropsychologique / psychologique /orthophonique |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Traitements** | **Date** | **Posologie maximale** | **Durée à la posologie maximale** | **Efficacité perçue** | **Tolérance** | **Raisons de l’arrêt** | **Observance** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |