



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

N° SIRET : 263 800 302 000 14 – N° FINESS : 38 07800 80

POLE DE PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE, REEDUCATION NEUROLOGIQUE
ET MEDECINE LEGALE

Pavillon Dominique Villars - CS 10217 - 38043 GRENOBLE Cedex 9

Secrétariat du Centre Expert des Troubles Bipolaires : 04 76 76 62 88 – mail : CEBP@chu-grenoble.fr
FAX : 04 76 76 52 25

CENTRE EXPERT DES TROUBLES BIPOLAIRES

DOSSIER DE DEMANDE DE CONSULTATION

NB : Merci de remplir ce dossier de façon informatisée sinon la demande ne sera pas étudiée

Le Centre Expert des Troubles Bipolaires est disponible pour vous apporter un avis spécialisé à visée diagnostique et/ou thérapeutique.

Nous vous remercions de bien vouloir compléter **le dossier de demande de consultation de la manière la plus exhaustive possible** afin que l'on puisse répondre au mieux à votre demande.

Après étude de ce dossier par l'équipe médicale, votre patient(e) pourra bénéficier :

- d'une consultation en présentiel
- d'une télé-expertise entre le médecin demandeur et le médecin du CEBP (cf consentement ci-joint à faire signer au patient(e))
- d'une réorientation adaptée à sa situation.

Dans le cas où ce dossier est incomplet ou si des éléments importants apparaissent manquants, notre secrétariat se chargera de vous renvoyer le dossier afin de le compléter pour étudier votre demande.

Nous vous remercions par avance de ce que vous ferez en ce sens.

Pr Polosan, Dr Pouchon, Dr Bertrand

Date de la demande : __/__/____	
Demande effectuée par :	
Nom :	Prénom :
Lieu d'exercice :	
Téléphone : __/__/__/__/__	Email :
<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	<input type="checkbox"/> Psychiatre traitant
Date du début de la prise en charge : __/__/____	

<u>Informations concernant le patient :</u>		
Nom :	Prénom :	
Nom de naissance :	Date de naissance : __/__/____	
Téléphone : __/__/__/__/__	Email :	
Adresse :		
Code postal : _____	Ville :	
<u>Mesure de protection / autorité parentale (si mineur) :</u>		
<input type="checkbox"/> Tutelle	<input type="checkbox"/> Curatelle	<input type="checkbox"/> Mineur
Coordonnées téléphoniques du responsable : __/__/__/__/__		

<u>Motif de la demande de consultation :</u>	
<input type="checkbox"/> Avis diagnostique	<input type="checkbox"/> Avis grossesse
<input type="checkbox"/> Avis thérapeutique	<input type="checkbox"/> Avis pour les groupes thérapeutiques

Anamnèse du trouble :

(A détailler le plus possible : dates, polarité des épisodes, durée, facteurs précipitants, traitements etc.)

.....

.....

.....

.....



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

N° SIRET : 263 800 302 000 14 – N° FINESS : 38 07800 80

**POLE DE PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE, REEDUCATION NEUROLOGIQUE
ET MEDECINE LEGALE**

Pavillon Dominique Villars - CS 10217 – 38043 GRENOBLE Cedex 9

Secrétariat du Centre Expert des Troubles Bipolaires : 04 76 76 62 88 – mail : CEBP@chu-grenoble.fr
FAX : 04 76 76 52 25

- Description des épisodes dépressifs

.....
.....
.....
.....

- Description des éventuels épisodes hypomaniaques ou maniaques

.....
.....
.....
.....

- Description de la période intercritique

.....
.....
.....
.....

Etat clinique actuel :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Antécédents médico-chirurgicaux

Poids : Taille :

- Recherche SAOS Oui Non

Détails :

- Dysthyroïdie : Oui Non

Détails :

- Douleurs chroniques Oui Non

Détails :

- Comorbidités neurologiques Oui Non

Détails :



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

N° SIRET : 263 800 302 000 14 – N° FINESS : 38 07800 80

POLE DE PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE, REEDUCATION NEUROLOGIQUE ET MEDECINE LEGALE

Pavillon Dominique Villars - CS 10217 – 38043 GRENOBLE Cedex 9

Secrétariat du Centre Expert des Troubles Bipolaires : 04 76 76 62 88 – mail : CEBP@chu-grenoble.fr FAX : 04 76 76 52 25

- Comorbidités addictologiques [] Oui [] Non

Détails :

- Comorbidités psychiatriques
[] Troubles anxieux [] TDAH [] TCA
[] Trouble borderline [] Autres

Détails :

Antécédents psychiatriques personnels (dates et lieux d'hospitalisation) : [] Oui [] Non

Si oui, joindre les comptes rendus

Antécédents familiaux psychiatriques et neurologiques : [] Oui [] Non

Détails :

Eléments biographiques :

- Parcours développemental (acquisitions, apprentissages etc.)

.....

- Parcours scolaire (éléments évocateurs TDAH, troubles du comportement etc.)

.....

- Parcours professionnel

.....

- Fonctionnement interpersonnel

.....

- Eléments traumatiques (abus, négligences) [] Oui [] Non

Détails :



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

N° SIRET : 263 800 302 000 14 – N° FINESS : 38 07800 80

**POLE DE PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE, REEDUCATION NEUROLOGIQUE
ET MEDECINE LEGALE**

Pavillon Dominique Villars - CS 10217 – 38043 GRENOBLE Cedex 9

Secrétariat du Centre Expert des Troubles Bipolaires : 04 76 76 62 88 – mail : CEBP@chu-grenoble.fr
FAX : 04 76 76 52 25

- Eléments de personnalité (impulsivité, labilité émotionnelle, etc.)

.....
.....
.....
.....

- Plaintes cognitives Oui Non

Détails :
.....
.....

Mode de vie actuel :

.....
.....
.....
.....

Historique des prises en charge médicamenteuses (traitements, posologies, durée, effets etc)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Historique des prises en charge non médicamenteuses :

- Psychothérapie Oui Non

Si oui,
.....
.....

- Neuromodulation Oui Non

Si oui,
.....
.....

- Photothérapie Oui Non

Si oui,
.....
.....

- Autres Oui Non

Si oui,
.....
.....



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

N° SIRET : 263 800 302 000 14 – N° FINESS : 38 07800 80

**POLE DE PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE, REEDUCATION NEUROLOGIQUE
ET MEDECINE LEGALE**

Pavillon Dominique Villars - CS 10217 – 38043 GRENOBLE Cedex 9

Secrétariat du Centre Expert des Troubles Bipolaires : 04 76 76 62 88 – mail : CEBP@chu-grenoble.fr
FAX : 04 76 76 52 25

Traitement actuel et posologies (molécules, posologies, dates d'instauration) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Examens paracliniques effectués :

Si possible joindre les comptes rendus

- Bilans biologiques Oui Non

Si oui,
.....
.....
.....

- Imagerie cérébrale Oui Non

Si oui,
.....
.....
.....

- Bilan neuropsychologique Oui Non

Si oui,
.....
.....
.....

A réception de ce dossier, et après étude par notre équipe médicale, nous informerons votre patient(e) de la suite à donner.



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE GRENOBLE ALPES

N° SIRET : 263 800 302 000 14 – N° FINESS : 38 07800 80

POLE DE PSYCHIATRIE, NEUROLOGIE, REEDUCATION NEUROLOGIQUE
ET MEDECINE LEGALE

Pavillon Dominique Villars - CS 10217 – 38043 GRENOBLE Cedex 9

Secrétariat du Centre Expert des Troubles Bipolaires : 04 76 76 62 88 – mail : CEBP@chu-grenoble.fr
FAX : 04 76 76 52 25

**CONSENTEMENT DU PATIENT
POUR TELE-EXPERTISE**

Je soussigné(e) Mr /Mme.....

Né(e) le

Numéro de sécurité sociale :

Adresse :

.....

Autorise le Centre Expert des Troubles Bipolaires à prendre contact avec mon médecin :

Docteur

Médecin généraliste

Psychiatre traitant

Afin d'échanger sur ma situation dans le cadre d'une télé-expertise.

Par la suite, un compte-rendu résumant la conclusion de la télé-expertise sera rédigé et adressé avec mon accord au médecin demandeur et à moi-même.

Date et signature du patient