

PLAN DE PREVENTION PARTAGE EN PSYCHIATRIE – « 3PPSY »

1. ME CONNAITRE

- Comment suis-je quand je vais bien ?

Comment je me sens

.....

Ce que je fais

.....

Ce que je pense

.....

Ce que mon entourage me dit

.....

- Qu'est-ce qui peut m'amener à être en difficulté ?

.....

.....

.....

- Quels sont les signes avant-coureur amenant la crise ?

.....

.....

.....

- Comment suis-je quand je vais mal ?

Comment je me sens

.....

Ce que je fais ou ne fais plus

.....

Ce que je pense

.....

Ce que mon entourage me dit

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

.....
Ce qui change dans mes relations avec eux

.....
Ce qui change dans mon lieu de vie

• **Ce qui me perturbe**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Envie de ne rien faire | <input type="checkbox"/> Agacement/tension/colère |
| <input type="checkbox"/> Difficultés à dormir | <input type="checkbox"/> Sensation de vide |
| <input type="checkbox"/> Angoisses | <input type="checkbox"/> Idées bizarres |
| <input type="checkbox"/> Idées noires/tristesse | <input type="checkbox"/> Impression que l'on me veut du mal |
| <input type="checkbox"/> Voix méchantes et/ou insupportables | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

• **Signaux de fin de crise, quand ça va mieux**

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

2. MES PERSONNES DE SOUTIEN

• **Les personnes sur lesquelles je peux compter**

Qui?	Téléphone	Nature du lien	Prévenir en cas d'urgence?
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
			Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- Mon équipe référente

Fonction	Nom	Contact
Psychiatre référent		
Médecin généraliste		
Infirmier		
Curateur/tuteur		

- Mon CMP de référence

.....

- Les personnes que je ne veux pas voir quand je ne vais pas bien

-
-
-

3. CE QUI M'AIDE QUAND JE NE VAIS PAS BIEN

-
-

Les endroits où je peux trouver de l'apaisement

.....

Ce qui ne m'aide pas quand je ne vais pas bien

.....

Si cela ne s'arrange pas, qu'est-ce que je peux faire de plus ?

.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Quelles peuvent être les alternatives à l'hospitalisation ?

.....
.....

Que faire en cas de mise en danger (auto ou hétéro agressivité) ?

.....
.....

4. TRAITEMENTS ET INTERVENTIONS

- Quel problème de santé a motivé la réalisation du 3Ppsy ?

.....
.....

- Mon traitement médicamenteux actuel, ma contraception (noms, posologies)

➤	➤
➤	➤
➤	➤
➤	➤
➤	➤

- Quels effets mon traitement a-t-il sur ma santé ?

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

- Médicaments ou interventions qui m'ont aidé.e par le passé
(Exemples d'interventions : psychothérapie, activités ...)

.....
.....

Pourquoi ?

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

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- Médicaments ou interventions qui ne m'ont pas aidé.e par le passé

.....

.....

Pourquoi ?

.....

.....

.....

- Autres médicaments ou interventions à envisager ?

.....

.....

- Effets indésirables de mon traitement médicamenteux

- Cochez les effets indésirables que vous rencontrez
- Entourez les 2 effets indésirables les plus gênants pour vous

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Fatigue | <input type="checkbox"/> Constipation |
| <input type="checkbox"/> Prise de poids | <input type="checkbox"/> Trouble de la libido |
| <input type="checkbox"/> Tremblements | <input type="checkbox"/> Bouche sèche |
| <input type="checkbox"/> Impatiences | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | |

5. LIEUX DE SOINS

- Lieux de soins (CMP, clinique, service ...) où je veux être pris.e en charge

.....

.....

- Lieux de soins où je refuse d'être pris.e en charge

.....

.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

- Si je refuse tout lieu de soins - où je préfère aller ; Avec qui ? Ce qu'il faut faire...

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

6. ET SI IL Y A BESOIN DE RECOURIR A L'HOSPITALISATION

- Ce que mes personnes de soutien pourraient faire pour m'aider (valise, ordonnances, cigarettes, animaux, frigo, travail, factures...)

.....
.....

- Ce que j'aimerais avoir avec moi pendant l'hospitalisation

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

- Ce qui m'agace quand je suis hospitalisé (être tutoyé.e, ne pas voir mes proches, devoir porter un pyjama, ne pas pouvoir sortir fumer...)

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

- Ce qui pourrait me calmer quand ça ne va vraiment pas

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

- Ce qui pourrait rendre mon hospitalisation plus facile

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

- Et si une hospitalisation est vraiment nécessaire mais que je m'y oppose

Qui pourrait faire la demande de soins à ma place ?

.....

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

7. J'AI CONSTRUIT MON « 3P_{psy} » EN ECHANGEANT AVEC

.....
.....

Je suis d'accord pour que « 3P_{psy} » soit intégré à mon dossier patient informatisé Oui Non

Je suis d'accord pour que « 3P_{psy} » soit transmis à mon médecin généraliste
 Oui Non

J'ai actualisé mon « 3P_{psy} » le ... /... /....

Ma signature

Nom :

Prénom :

Date de naissance :