

SURVEILLANCE MEDICALE

FICHE PSYCHOLOGIQUE

FICHE N°

Nom

Prénom

Date de Naissance

Date de l'examen

TROUBLES ANXIEUX		
Qualité du sommeil (troubles de l'endormissement, sensation de fatigue au réveil	OUI	NON
Existence d'une anxiété de performance (veille de contrôle scolaire)	OUI	NON
Existence de plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal	OUI	NON
Existence d'un absentéisme	OUI	NON
Conduites à risque, troubles des conduites, troubles oppositionnels		
Dépister les différentes situations à risque (idées suicidaires, consommation de toxiques, absentéisme scolaire, violences subies, relations sexuelles précoces ou non protégées etc.)	OUI	NON
Troubles du comportement alimentaire	OUI	NON
Symptômes dépressifs	OUI	NON
Evaluer la qualité relationnelle avec l'entourage familial et les pairs	BONNE	MAUVAISE

OBSERVATIONS

Nom du Psychologue

Cachet

Nom du Médecin

Cachet

Cette fiche doit être remplie soit:

- ✓ par un médecin
- ✓ par un psychologue à la demande du médecin et visée par ce dernier.