



# QUESTIONNAIRE

A RETOURNER PAR MAIL : [plateformeborderlink@chu-toulouse.fr](mailto:plateformeborderlink@chu-toulouse.fr)

→ Formulaire à envoyer uniquement via messagerie sécurisée / hébergeur de données de santé.

## LE MEDECIN

PSYCHIATRE :

GENERALISTE :

DATE DEBUT DU SUIVI : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

## LE PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_

PRENOM : \_\_\_\_\_

DDN : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TEL : \_\_\_\_\_

MAIL : \_\_\_\_\_

PERSONNE RESSOURCE : \_\_\_\_\_

RESSOURCES : salaire  AAH  invalidité  RSA  autre \_\_\_\_\_




MESURE DE PROTECTION : oui  non  Si oui laquelle \_\_\_\_\_

---

### DIAGNOSTICS :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTS :**

-  Tentative de suicide : \_\_\_\_\_ (nombre)
  - Date de la plus récente \_\_\_\_\_
-  Hospitalisation : \_\_\_\_\_ (nombre)
  - Date de la plus récente \_\_\_\_\_
-  Psychothérapie : \_\_\_\_\_ Nom du psychothérapeute \_\_\_\_\_

**CRITERES POUR LE TROUBLE DE PERSONNALITE BORDERLINE :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**DATE D'INFORMATION DU DIAGNOSTIC AU PATIENT :** \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX ACTUELS :**

---

---

---

---

---

---

---

**CO MORBIDITE SOMATIQUE :** oui  non  Si oui lesquelles

---

---

---

---

---

---

CO MORBIDITE ADDICTIVE :    oui                     non

Si oui :    alcool     tabac     psychotropes     cannabis     opiacés     autre

<h2>PLAN DE CRISE</h2>
------------------------

Comment pouvons-nous vous joindre pendant une crise afin de prévoir des mesures spécifiques ?

---

---

---

---

---

Qui doit-on appeler si vous n'êtes pas disponible ?

---

---

---

**AUTRES INFORMATIONS A PRECISER :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

DATE ET CACHET: