

# SURVEILLANCE MEDICALE

## FICHE PSYCHOLOGIQUE

FICHE N°

Nom

Prénom

Date de Naissance

Date de l'examen

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

### 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.