



Prénom  
NOM

## CARNET DE ROUTE Double diagnostic

*Ce carnet a pour objectif de vous donner toutes les informations nécessaires sur moi pour que vous puissiez me comprendre et m'aider.*

### TROIS VOLETS POUR ME COMPRENDRE

*Le volet bleu est destiné à mon psychiatre. Il l'informerá des données administratives, des diagnostics posés et surtout de ma demande.*

*Le volet rose est adressé à mon assistant(e) social. Cela lui permettra de situer mon parcours de vie et lui donnera les informations concernant mon autonomie financière et administrative.*

*Le volet vert est destiné à mon équipe soignante. Il lui donnera les informations nécessaires pour comprendre mes réactions et savoir communiquer avec moi. Ces éléments expliquent aussi les points sur lesquels je suis autonome et ceux pour lesquels j'ai besoin d'aide.*

### COMMUNIQUONS

*Bien sûr, avec tout ça, vous ne saurez pas tout sur moi... Il faut quand-même garder un peu de surprise pour vous donner l'envie de me parler, de m'observer et de trouver votre manière à vous de m'aider.*

*N'hésitez pas à me poser des questions et à faire appel à mon entourage.*

### PISTES POUR LA SUITE

Lorsque vous me connaîtrez mieux, cela m'aiderait beaucoup que vous communiquiez avec mon entourage et moi sur la manière de m'accompagner. Vous vous en doutez, si je viens vers vous c'est qu'actuellement je ne vais pas bien et que mon entourage et moi ne savons plus comment m'aider. Alors n'hésitez pas à nous faire part de vos trucs et astuces.

Date :

**Nom :**

**Prénom :**

Date de Naissance :

N° national :

Adresse de résidence :

**Ma personne de référence** (coordonnées) :

Famille :



Professionnel :



**Mon médecin généraliste :**

Nom :



**Mon psychiatre traitant :**

Nom :



**Mon statut juridique :**

Administration de la personne

Mise En Observation

Interné en Défense Sociale

**Référent CMI :**

**Mon diagnostic :**

▪ Handicap mental :

Léger       Modéré       Sévère       Profond

Etiologie (origine) :

Diagnostiqué par qui et quand :

▪ Maladie mentale :

Diagnostic :

Diagnostiquée par qui et quand :

▪ Autres handicaps :

**Ma santé :**

- Autres problèmes de santé :
- Antécédents médicaux : cfr annexe
- Epilepsie :
- Allergies :
- Diabète :
- Contre-indications médicales :
- Autres soins spécifiques :
- Moyen de contraception (+ date de renouvellement):

**Ma médication : cfr copie en annexe**

**Objet de la demande :**

Révision de traitement       Hospitalisation       Time out       Autre :

**Mon lieu de vie :**

Je vis seul(e)       Je vis dans ma famille       Je vis en institution  
 Je vis en en couple       Autre :

**Mes intervenants (soutien professionnel) :**

Quels services sont déjà intervenus ?

Qui étaient mes intervenants ?

Quels étaient les objectifs ?

Qu'en est-il actuellement :

Mon projet :

**Ma gestion financière :**

Autonome       Gestion budgétaire       Administration des biens

Notion de l'argent :  Oui       Non

Ma personne de référence :



Commentaires :

**Mon entourage et moi :**

Les personnes les plus importantes pour moi :

**Mon histoire :**

**Ma santé est gérée par :**

moi-même       accompagnée par un service ou un proche       une infirmière

- Manière de prendre mes médicaments :
- Comment s'apercevoir que je suis malade ou que j'ai mal :
- De quelle façon on peut réagir :
- Les aspects particuliers, à prendre en compte lorsqu'on me soigne :

**Ma consommation de toxiques :**

Toxiques	Oui	Non	Combien, quoi, quand
Tabac			
Alcool			
Drogues			

**Mes relations sociales :**

j'aime les contacts       j'aime la solitude       je ne supporte pas les contacts

- Si la personne aime les contacts, sont-ils appropriés?
- Avec une personne familière ?
- Avec une personne étrangère ?
- A-t-elle une bonne intégration dans les groupes ?
- A-t-elle des relations amoureuses ?

**Mes récompenses :**

Ce qui me fait plaisir/me valorise :

**Mode de communication :**

- Comment je m'exprime (phrases, vocabulaire, cris, gestes...) :
- Ce que je comprends :
- Comment vous pouvez vous adresser à moi :
- Quelles sont les stratégies pour rendre ma communication la plus optimale :
- J'utilise des outils spécifiques ?

**Mon autonomie :**

- Capacité à faire des choix :
  - Capacité à s'orienter dans l'espace :
    - Autonome       Avec aide partielle       Avec aide totale
  - Capacité à s'orienter dans le temps :
    - Autonome       Ne sait pas lire l'heure       Pas de conscience du temps

CRITÈRES	1	2	3	4
SE LAVER	est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER	est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
ALLER À LA TOILETTE	est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE	est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER	est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

**Mon sommeil :**

- Sommeil normal       S'endort difficilement       Fait des cauchemars       Réveils précoces  
 Se réveille la nuit       Autre(s) :       Rituels :

**Activités, loisirs, centres d'intérêt :**

Occupations appréciées et/ou habituelles :

Non appréciées :

Ce qui me valorise :

**Mes rituels et mes habitudes :****Mes peurs :**

- Lesquelles :
- Ce qui me sécurise :
- Ce qu'il vaut mieux éviter :

**Mes problèmes de comportement :**

- Est-ce que je présente des troubles du comportement ?
- Si Oui :
  - La manifestation de la crise (Contexte - Comportement) :
  - Les signes précurseurs de la crise :
  - Comment les prévenir :
  - Comment y réagir :

**Mes sens :**

- Quelle stimulation m'attire ?
- Pour quelle stimulation suis-je hyper et/ou hyposensible ?

Hospitalisation du / / au / / Lieu :

## Démarches sociales

## Suivi psychologique

## Médication (cf. copie en annexe)

## Différences observées à l'hôpital

(Ce qui est différent par rapport au carnet de route donné en début d'hospitalisation : autonomie, relations, comportements, communication...)

## Comment expliquez-vous ces différences ?

## Comportements problématiques et symptômes

## Stratégies expérimentées (celles qui ont eu un impact positif sur ces comportements)

Ce que j'ai aimé 😊

Ce que j'ai détesté 😞

Mon hospitalisation