

Plan de prévention de crise



*Ce document n'a pas de caractère légal,
il n'entraîne pas d'obligation*



Je suis :

Né.e le :

à :

Mon adresse est :

Mon mail :

@

Je suis joignable au :

► Equipe référente

Fonction	Nom	Téléphone
Psychiatre référent		
Médecin généraliste		
Curateur/tuteur		
Mes infirmiers référents		
Mes infirmiers libéraux		
Autres		

► Personnes de soutien

Qui (proches, AVS)	Téléphone	Prévenir en cas d'urgence	
		Oui	Non

Ma personne de confiance est :

Nom/Prénom :
.....

Je souhaite qu'elle me soutienne, en aidant à la prise de décision, en assurant mes droits et en suivant mes soins.

Si elle est d'accord, je peux signer ici.

► Comment suis-je quand je vais bien ?



Je me sens :

Je fais :

Je pense à :

Mon entourage me dit que :

Qu'est-ce qui peut me faire aller moins bien ?

.....

.....

.....

Comment suis-je quand je vais mal ? (pensées, émotions, réactions physiques, comportements)



Quand je vais mal, je me sens, je fais ou ne fais plus, je pense à, mon entourage me dit que ...

.....

.....

.....

Si je vais moins bien

A qui je peux demander de l'aide ? :

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

Ce qui ne m'aide pas :

.....

Les endroits où je peux trouver de l'apaisement :

.....

Quelles sont les alternatives à l'hospitalisation :

.....

Si cela ne va vraiment pas : le CMP - téléphone :



► Traitements & interventions

Les médicaments ou interventions qui dans le passé m'ont aidé :

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

ne m'ont pas aidé :

.....
.....

► En cas d'hospitalisation

Ce dont il faut tenir compte :

.....
.....

Ce que j'aimerais avoir :

.....
.....

Ce qui m'agace :

.....
.....

Je suis d'accord pour que ce document soit intégré à mon dossier patient :

☐ Oui ☐ Non

Mon guide de prévention conjoint a été transmis à :

.....
.....

Fait le :

Personne soignée

*Professionnel
de santé*

Aidant