

# FICHE PSYCHOLOGIQUE

NOM \_\_\_\_\_

PRENOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_

DATE DE L'EXAMEN \_\_\_\_\_

<b>TROUBLES ANXIEUX</b>		
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'absentéisme	OUI	NON
<b>Conduites à risques, troubles de conduite, 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.	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 et qualification du PRATICIEN

Cachet

*Cette fiche peut être remplie soit :*

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