

1 - DATE DE LA DEMANDE : -----/-----/-----

2 - MOTIF DE RECOURS AU D-CLIC11 : (si aucune case cochée ne pas compléter la fiche et nous contacter par téléphone)

☐ Parcours émaillés de ruptures

☐ Répétition de comportements violents, transgressifs ou à risques

☐ Mise en échec répétée des prises en charge

☐ Désaccordage des professionnels

D-CLIC 11

DISPOSITIF DE CLINIQUE
INDIRECTE CONCERTÉE

Aude

3 - IDENTIFICATION DU JEUNE PRESSENTI :

Nom :

Prénom :

Sexe :

☐ F☐ G

☐ Autre

Date et lieu de naissance :

Domiciliation du jeune :

Domiciliation des parents - père et mère si séparés (ville) :

Si mineur autorité parentale :

☐ Les deux parents

☐ Mère

☐ Père

☐ DAP

☐ Jeune Majeur

Parents :

Nom : -----/-----

Prénom : -----/-----

Personnes ressources :

Nom : -----/-----

Prénom : -----/-----

Fratrie : -----/-----/-----/-----/-----/-----

4 - SCOLARITE :

☐ Etablissement scolaire :

Classe :

☐ Insertion professionnelle

☐ Déscolarisation - A quel âge :

Classe :

5 - ORIENTATION MDPH :

☐ Effective

☐ Non-Effective

☐ ITEP

☐ IME

☐ ULIS

☐ SESSAD

☐ Autres :

6 - MESURES DE PROTECTION :

☐ Oui

☐ Non

☐ AED

☐ AEMO

☐ MJIE

☐ Curatelle

☐ Tutelle

☐ Autres :

7 - PLACEMENT :

☐ Oui

☐ Non

☐ AFD

☐ MECS

☐ FA

☐ Lieu de vie

☐ Autres :

8 - MESURES PENALES :

☐ Oui

☐ Non

☐ Si oui, lesquelles :

9 - PASSAGE AUX URGENCES :

☐ Oui

☐ Non

☐ Somatiques

☐ Psychiatriques

Age du 1er passage aux urgences

☐ Nombre

10 - SOIN :

☐ CMP

☐ HDJ

☐ CMPP

☐ HTTP

☐ Libéral

☐ EMILIA

☐ Autres :

TABLEAU CLINIQUE ACTUEL

Vie institutionnelle	
Lassitude des professionnels	
Sentiment d'échec des professionnels	
Sentiment de solitude des professionnels	
Refuse tout accompagnement	
Anonymat, passe inaperçu	

Champs du handicap	
Déficience intellectuelle	
Handicap moteur	
Troubles du comportement	
Troubles du spectre autistique	

Vie relationnelle			
Vis-à-vis des pairs :		Vis-à-vis des adultes :	
Isolement, retrait		Recherche d'exclusivité	
Rejeté		Rejetant	
Maltraité		Maltraitant	
Instrumentalisé		Suscite du rejet	
Amitié exclusive			
Influençable			
Leader négatif			
Troubles de l'attachement / Pathologie du lien			

Environnement familial	
Difficultés relationnelles / conflit :	
- Avec les parents	
- Avec la fratrie	
- Avec la famille élargie	
Carences éducatives	
Carences affectives	
Parentalisation	
Précarité sociale	
Déracinement culturel	
Violences intrafamiliales	

Vie scolaire et professionnelle	
Absence de posture d'élève / d'apprenant	
Absentéisme	
Troubles des apprentissages	
Scolarité aménagée	
Fragilité du projet scolaire	
Fragilité du projet professionnel	

Troubles somatiques et médicaux		
Fatigabilité		Somatisation
Enurésie		Encoprésie
Maladie chronique		Maladie génétique
Troubles du sommeil		
Troubles de l'alimentation		
Troubles neuro-développementaux		

Problématique sexuelle et violences sexuelles							
Discours sexualisé		Sexualisation		Victimes d'agression sexuelle et/ou de viol :		Victime d'inceste :	
Exhibitionnisme				Présumée		Avérée	
Conduite sexuelle inadaptée, mise en danger				Auteur d'agression sexuelle et/ou de viol :		Auteur d'inceste :	
Environnement incestuel				Présumé		Avéré	

Vie psychique et manifestations comportementales			
Dévalorisation		Auto-agressivité	
Négligence corporelle		Scarification	
Tristesse		Fugues	
Inhibition		Conduites addictives	
Phobie		Perception d'un risque suicidaire	
Anxiété / Angoisse		Idées obsédantes	
Dramatisation		Rituels	
Crises classiques		Agitation psycho-motrice	
		Hétéro-agressivité	
		Dégradation	
		Vol	
		Intolérance à la frustration	
		Etat confusionnel	
		Hallucinations	
		Idées délirantes	
		Pathologie psychiatrique avérée	

2 - DEMANDEUR :	Nom :	Prénom :
Fonction :	Institution / Service :	
Adresse postale :	Tel :	Mail :

12 - DESCRIPTION DE LA SITUATION - MOTIF DE LA DEMANDE :

13 - QU'ATTENDEZ-VOUS DU D-CLIC 11 ? (Eclairage clinique, coordination...)

14 - LA COORDINATION ENTRE PARTENAIRES EST -ELLE SATISFAISANTE ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Liste des partenaires :		