

Fiche de Demande

Démarche d'Evaluation Diagnostique

Adolescents / Adultes (à partir de 15 ans)

Région Midi-Pyrénées



Date d'envoi :

Date de réception au CRA MP :

Afin que votre demande soit traitée dans les meilleurs délais, merci de bien vouloir remplir tous les renseignements demandés ci-dessous :

Informations personne concernée

NOM :

Prénom :

Né(e) le :

Age :

Sexe : F M

Adresse :

 :

Email :

ORIGINE DE LA DEMANDE D'EVALUATION :

D'une démarche personnelle

(Formulée seulement par une personne majeure)

Des responsables légaux :

Père

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Mère

NOM :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Autre responsable légal *(préciser) :*

Adresse :

Téléphone :

Email :

La personne concernée bénéficie-t-elle d'une mesure de protection juridique ? Oui Non

Si oui, laquelle ?

Curatelle

Habilitation familiale

Tutelle

Sauvegarde de justice

De professionnels

NOM du professionnel et profession, et/ou NOM de la structure :

Adresse :

Téléphone :

Email :

La famille est-elle informée de la démarche ? Oui Non

QUI VOUS A ORIENTE SUR NOTRE STRUCTURE ? :

Médecin traitant

Médecin spécialiste, préciser la spécialité :

Structure sanitaire, préciser la structure :

Structure médico-sociale, préciser la structure :

Initiative familiale

Autre, préciser :

Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées

Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9

Tél : 05.61.32.50.15 – Fax : 05.61.32.50.20 – Mail : accueil@cra-mp.info – Site internet : www.cra-mp.info

Groupement d'Intérêt Public

Membre du Groupement National des CRA (GNCRA) et de l'Association Nationale des CRA (ANCRA)

VIE PERSONNELLE

Dans votre enfance, aviez-vous :

Des difficultés importantes dans vos relations avec les enfants de votre âge ?
Cela avait-il tendance à vous isoler ?

Des difficultés à participer et à échanger avec les enfants de votre âge lors des moments de fêtes
(anniversaires, fêtes de familles ...) ?

Un intérêt très fort pour un sujet ou un domaine très particulier ?
Si oui, lequel :

Des habitudes, des rituels ou une résistance au changement ?

Consulté un professionnel (médecin, psychologue...) ? Pour quel(s) motif(s) et à quel âge ?

Avez-vous déjà été suivi en psychiatrie ?

Avez-vous eu des difficultés dans l'exercice de votre profession ou durant votre formation professionnelle ?
Si oui, qui avez-vous vu pour cela ?

SUIVI ACTUEL

Prise en charge sanitaire :

- Hospitalisation complète Hospitalisation à temps partiel
 CMP / CMPP Accueil familial thérapeutique

Accueil dans un établissement médico-social :

- IME IMP IMPro MAS FAM Foyer ESAT

Accompagnement par un service médico-social :

- SAMSAH SAVS SESSAD

Autres aides en libéral :

- Psychiatre Psychologue Orthophoniste Educateur spécialisé Psychomotricien
 Autre, *préciser* :

Merci d'indiquer les coordonnées des professionnels et/ou le nom des structures concernées :

Nom, Adresse, Téléphone et Email :

DIAGNOSTIC

Un médecin a-t-il posé un diagnostic de trouble autistique ? Oui Non
(TED, autisme, Syndrome d'Asperger, ...)

Si oui, lequel :

Date du diagnostic :

Nom du médecin/structure :

Avez-vous des documents/bilans en votre possession évoquant le diagnostic d'autisme ou autre diagnostic ? Si oui, merci de les joindre avec cette fiche de demande.

- Oui Non

SUIVI SOCIAL

Avez-vous engagé des démarches auprès de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ?

- Oui Non

Si oui, percevez-vous des prestations ?

- AEEH AAH PCH Autre, *préciser* :

DONNEES MEDICALES

Traitement pharmacologique actuel :

Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées

Hôpital la grave – Place Lange – TSA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9

Tél : 05.61.32.50.15 – Fax : 05.61.32.50.20 – Mail : accueil@cra-mp.info – Site internet : www.cra-mp.info

Groupement d'Intérêt Public

Membre du Groupement National des CRA (GNCRA) et de l'Association Nationale des CRA (ANCRA)

SITUATION PERSONNELLE

Niveau d'étude :

Activité professionnelle :

Formation actuelle :

Formation(s) passé(s) :

Parcours scolaires :

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Nous autorisez-vous à prendre contact avec les professionnels renseignés dans cette fiche de demande ? Oui Non

Votre demande d'évaluation ne pourra être prise en compte que si la présente fiche de demande a été intégralement renseignée et est accompagnée de l'avis d'un professionnel.

Veuillez également nous faire parvenir une copie de tout document, bilan médical ou compte rendu d'un professionnel du secteur de la santé et/ou du domaine social, en votre possession.

Fait à :

Le :

Signature du demandeur majeur (ou responsable légal) :

Cette fiche de demande est à retourner :

Par voie postale au : **Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées**
Hôpital La Grave, Place Lange - TSA 60033, 31059 TOULOUSE Cedex 9

ou par mail à : ***eval.adulte@cra-mp.info***

« Les éléments fournis pourront faire l'objet d'un traitement pour l'analyse de l'activité et le suivi des demandes du CRA MP - Déclaration CNIL n° 1679571v0 »