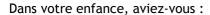
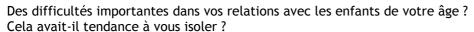
Fiche de Demande Démarche d'Evaluation Diagnostique Adolescents / Adultes (à partir de 15 ans) Région Midi-Pyrénées



Date d'envoi :	Date de réception a	u CRA MP :	
Afin que votre demande soit trait	ée dans les meilleurs délais, merci de l	bien vouloir remplir tous les renseignements demandés c	-dessous :
Informations personne c	oncernée		
NOM:	Prénom:		
Né(e) le :	Age:	Sexe: ☐ F ☐ M	
Adresse:		CP: Ville:	
2:	Email:		
ORIGINE DE LA DEMAN	DE D'EVALUATION :		
D'une démarche pers			
Des responsables léga	aux :		
Père	•	Mère	
NOM:		NOM:	
Prénom :		Prénom :	
Adresse:		Adresse:	
Téléphone :		Téléphone :	
Email :		Email:	
Autre responsable	légal (préciser) :		
Adresse :			
Téléphone :	Eı	mail :	
La personne concer		esure de protection juridique ? 🔲 Oui	☐ Non
Si oui, laquelle ?		oilitation familiale vegarde de justice	
_		vegarae de justice	
☐ De professionnels			
	nel et profession, et/ou NOM	de la structure :	
Adresse:	_		
Téléphone :		mail:	
La famille est-elle	informée de la démarche ?	☐ Oui ☐ Non	
QUI VOUS A ORIENTE S	SUR NOTRE STRUCTURE ? :	<u>:</u>	
☐ Médecin traitant			
Médecin spécialiste, pr	éciser la spécialité :		
Structure sanitaire, pré	ciser la structure :		
Structure médico-socia	ale, préciser la structure :		
☐ Initiative familiale			
Autre, préciser :			
Centre Ressources Autisme M	idi-Pvrénées		
	SA 60033 – 31059 Toulouse CEDEX 9	o internat was a constitute	

VIE PERSONNELLE







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 ?
vez-vous déjà été suivi en psychiatrie ?
avez-vous eu des difficultés dans l'exercice de votre profession ou durant votre formation professionnelle ? ii 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 ? ☐ Non Oui (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 \square 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

SITUATION PERSONNELLE

Niveau d'étude :	cra
Activité professionnelle :	midi-pyrén
Formation actuelle :	centre ressources au
Formation(s) passé(s):	
Parcours scolaires :	
RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES	
Nous autorisez-vous à prendre contact avec les professionnels renseignés dans cette demande ? Oui Non	e fiche de
Votre demande d'évaluation ne pourra être prise en compte que si la présente demande a été intégralement renseignée et est accompagnée de l'avis écrit d'ur (fiche de renseignement correspondante). Veuillez également nous faire parvenir une copie de tout document, bilan médical or rendu d'un professionnel du secteur de la santé et/ou du domaine social, en votre p	médecin ou compte
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 »

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