

# Demande d'appui aux pratiques professionnelles

Le CRA Midi-Pyrénées propose des interventions :

- à tout professionnel confronté à des questions spécifiques dans sa pratique auprès d'enfants, d'adolescents ou d'adultes autistes
- conformes aux recommandations de bonne pratique de la HAS

**Prérequis d'intervention :** L'accord de la personne concernée ou des responsables légaux est **obligatoire** pour notre intervention

**Coût :** intervention gratuite

**Délais :** La demande doit être formulée au moins 3 mois avant le début de l'intervention attendue et doit être émise par la direction de l'établissement

**Modalités d'intervention :**

- par téléphone
- en visio-conférence
- dans locaux du CRA MP
- intra-établissement (sur site)

Cette intervention ponctuelle vient en complément éventuel de supervisions intra-établissement et/ou de recommandations et directives territoriales (ARS, MDPH ...).

Lors de rencontres individuelles ou collectives nous vous proposons :

- Accueil et analyse de la demande au regard des différents acteurs (famille et professionnels)
- Appui et conseils autour des difficultés rencontrées dans les pratiques professionnelles
- Médiation autour d'un espace d'échange et de réflexion dans le cadre d'un questionnement sur l'accompagnement ou d'une situation de rupture
- Travail sur les représentations autour des Troubles du Spectre de l'Autisme
- Mise en place d'une réflexion partenariale et de réseau
- Sollicitation des différents partenaires concernant la situation de la personne concernée

## I - Références du demandeur

Nom du responsable :

Établissement ou service :

### Référent de la situation

Nom :

Fonction :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

## II- Personne concernée

Nom et prénom:

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Age :

Sexe :

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

Si oui laquelle ?  Curatelle  Tutelle  Habilitation familiale  Sauvegarde de justice

Coordonnées des responsables légaux (parents ou représentant juridique)

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Email :

La personne (ou ses représentants légaux) est-elle informée de votre démarche auprès du CRA Midi-Pyrénées ?  Oui  Non

Est-ce qu'un diagnostic de Trouble du Spectre Autistique a été posé ?  ou évoqué ?

Par quel médecin / structure / service ?

Avez-vous un compte rendu écrit précisant le diagnostic et les préconisations de soin ?

Oui (*merci de le joindre à la fiche de demande*)

Non

**Merci de nous joindre tous bilans ou documents permettant de nous apporter des éléments utiles à notre intervention.**

La personne concernée a-t-elle des droits ouverts auprès de la MDPH ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Précisez lesquels :

### III - Parcours de la personne

- Suivi antérieur :

- Suivi actuel :

**Coordonnées des professionnels qui accompagnent la personne :**

NOM, Prénom	Fonction/Etablissement	Téléphone	Email

- Suivi médical (coordination, traitement médicamenteux, ...) :  
*Merci de joindre la dernière ordonnance le cas échéant*

La personne (ou ses représentants légaux) nous autorise-t-elle à prendre contact avec les professionnels renseignés ci-dessus ?  Oui  Non

### IV - Objet de la demande

Date de votre premier contact avec la personne concernée :

Problématique actuelle principale :

Quelles modalités d'accompagnement avez-vous mis en place pour répondre aux besoins de la personne (aménagements, partenariats, ...) ? :

## V - Profil de la personne

Quel est son niveau de langage ? :

Non verbal     Mots     Phrases simples     Phrases complexes

Quelles stratégies de communication utilise-t-elle ? :

Présente-t-elle une déficience intellectuelle ? :

Oui     Non

Centres d'intérêts actuels, compétences, ... :

Particularités comportementales, sensorielles, relationnelles, ... :

Proposition de jour(s) et horaires souhaitées (*dans la limite des horaires d'ouverture du CRA MP, du lundi au vendredi, de 9h30 à 17h et de la disponibilité de l'équipe*) :

-  
-

Cachet de l'établissement et signature obligatoire du chef d'établissement

Fait à            Le  
Nom du signataire :

**Fiche complétée et signée à retourner :**

**- par courrier :            Centre Ressources Autisme Midi-Pyrénées  
   2 rue du Lieutenant Guy Dedieu, Zac de la Cartoucherie**

**31300 TOULOUSE**

**- par mail : [accueil@cra-mp.info](mailto:accueil@cra-mp.info)**

*Plus d'informations au : 05.23.610.400*