

Je rencontre des difficultés dans l'accompagnement d'une personne autiste, j'ai besoin d'appui pour une situation dite complexe : *Une situation est dite complexe par le retentissement du trouble dans le quotidien de la personne et/ou la présence de comorbidités et/ou le risque de rupture de parcours.*

Pour bénéficier de l'appui de l'équipe pluridisciplinaire du Pôle Ressources, nous vous demandons de compléter ce questionnaire et de le retourner à l'adresse suivante : [formationcra-aquitaine@ch-perrens.fr](mailto:formationcra-aquitaine@ch-perrens.fr)

Nom prénom de la personne concernée : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

N° S.S : \_\_\_\_\_

Nom prénom du Responsable légal : \_\_\_\_\_

Son adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

Date et lieu du diagnostic de TSA posé : \_\_\_\_\_

(Joindre le certificat médical de pose du diagnostic si en votre possession)

- Avec troubles du développement intellectuel
- Sans troubles du développement intellectuel

Quelle est la situation actuelle de la personne concernée ?

- Est hébergée en ESMS (Etablissement et service social et médico-social) - *Lequel* ? \_\_\_\_\_

- Vit à domicile

- Est scolarisée

*Précisez la classe et le type d'établissement* \_\_\_\_\_

- Travaille

*Précisez le métier et le nom de l'employeur* \_\_\_\_\_

Bénéficie-t-elle d'un dispositif d'accompagnement ( PCPE / SAMSAH / SAVS / MDSI / AEMO / AESH ... ) ?

- OUI : *Le ou lesquels* ? \_\_\_\_\_
- NON

A-t-elle des troubles associés ?

- TDAH
- Epilepsie
- Syndrome génétique

- Troubles sensoriels : *Précisez* \_\_\_\_\_

- Autre : *Précisez* \_\_\_\_\_

Bénéficie-t-elle de traitements médicamenteux ?

- OUI : *Le ou lesquels* ? \_\_\_\_\_
- NON

A-t-elle bénéficié de bilans – *Préciser les dates de réalisation – Joindre les bilans en votre possession.*

- Sensoriel : *Préciser la date de réalisation* \_\_\_\_\_
- Communicationnel : *Préciser la date de réalisation* \_\_\_\_\_
- Somatique : *Préciser la date de réalisation* \_\_\_\_\_
- Cognitif : *Préciser la date de réalisation* \_\_\_\_\_
- Autre : *Préciser* \_\_\_\_\_

**De quelles prises en charge bénéficie-t-elle ?**

- Psychologique : *Précisez le nom du professionnel* \_\_\_\_\_
- Orthophonique : *Précisez le nom du professionnel* \_\_\_\_\_
- Psychomotricité : *Précisez le nom du professionnel* \_\_\_\_\_
- Ergothérapie : *Précisez le nom du professionnel* \_\_\_\_\_
- Autre : *Précisez* \_\_\_\_\_

**Quelles sont les difficultés rencontrées ?**

---

---

---

---

---

---

**Leur intensité ?**

- Moyennement forte
- Forte
- Très forte

**Leur fréquence ?**

- Plusieurs fois par jour
- Plusieurs fois par semaine
- Plusieurs fois par mois

**Quel(le)s sont mes besoins / mes attentes ?**

---

---

---

---

---

**Identité de la personne demandeuse**

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Etablissement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tel : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

*A ce questionnaire, doit être joint OBLIGATOIUREMENT le formulaire d'autorisations préalables complété et signé par la personne, ou son représentant légal.*

**Date de la demande :****Signature du demandeur :**