



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

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 OBLIGATOIREMENT le formulaire d'autorisations préalables complété et signé par la personne, ou son représentant légal.

Date de la demande :

Signature du demandeur :

