

# DEMANDE DE CONSULTATION AU CRA

## Fiche de renseignements *Adulte*



Document à remplir par la personne concernée ou par la famille avec l'aide du professionnel associé à la demande



### IDENTITÉ

Sexe :  F  M

NOM, prénom(s) : .....

NOM de jeune fille : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Numéro de téléphone : .....

Adresse email : .....

logement autonome  domicile familial  hébergé (précisez) : .....



### Situation familiale

**Statut :**  Vie commune  Marié(e)  Pacsé(e)  Séparé(e)  Célibataire  Veuf-ve

### Situation professionnelle

Étudiant : .....  En activité : .....  autre : .....

### Mesure de protection

Bénéficiez-vous d'une mesure de protection ?

Non  Oui : tutelle—curatelle—sauvegarde de justice—habilitation familiale (entourez la bonne proposition)

**Coordonnées du tuteur/curateur/mandataire :**

Lien de parenté : ..... **OU** association : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Courriel : ..... Tél. : .....

J'autorise le CRA à prendre contact avec mon curateur ou mandataire :

Oui  Non

N'oubliez pas  
de répondre .  
Merci

**Origine et motif de la demande de consultation au CRA :**

Médicale  Familiale  Autre : .....

>> Joindre un courrier détaillé du professionnel associé à la demande, justifiant la consultation.

**Attentes vis-à-vis de la demande au CRA**

Bilan diagnostique  Bilan d'évolution  Informations  Autre : .....

Dossier rempli par : .....



# RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

## Diagnostic(s)

- Un ou des diagnostic(s) ont-ils déjà été posés ou évoqués ?  Oui  Non
- Si oui, le(s)quel(s) ? : .....
- Par qui ? .....
- Quand ? .....

Merci de joindre les comptes rendus

## Examens réalisés (cocher)



	Date	Nom du praticien	Résultats
<input type="checkbox"/> Bilan CRA			
<input type="checkbox"/> Audition			
<input type="checkbox"/> Vision			
<input type="checkbox"/> Imagerie cérébrale (IRM, radio, scanner)			
<input type="checkbox"/> Explorations neuro-fonctionnelles (EEG...)			
<input type="checkbox"/> Bilan génétique			
<input type="checkbox"/> Bilan orthophonique			
<input type="checkbox"/> Bilan psychologique			
<input type="checkbox"/> Bilan psychomoteur			
<input type="checkbox"/> Autre(s) suivi(s) de santé particulier(s)			

**Avez-vous eu, au cours de votre vie, des problèmes de santé importants ?**

- Non  Oui (précisez) : .....

**Avez-vous déjà été opéré(e)?**

- Non  Oui (précisez) : .....

**Avez-vous déjà été reçu(e)/ suivi(e) au sein d'un service du Centre hospitalier Charles Perrens ?**

- Non  Oui



# PARCOURS DE VIE

## • Prises en charge (pec) actuelles

Type de pec	Depuis	Profession, nom et coordonnées / établissement	Fréquence
Etablissement et/ou service (IME, MAS, FAM, ESAT, SAVS, SESSAD...)			
Centre Médico- psychologique/ hôpital de jour			
Généraliste			
Psychiatre			
Psychologue			
Orthophoniste			
Psychomotricien/ ergothérapeute			
Educateur spécialisé			
Assistant de service social			
Autre			



## • Situation administrative et sociale

Cocher les aides dont vous bénéficiez	Depuis quand ?	Jusqu'à quand ?
ALD <input type="checkbox"/>	.....	.....
AAH <input type="checkbox"/>	.....	.....
PCH <input type="checkbox"/>	.....	.....
RQTH <input type="checkbox"/>	.....	.....
RSA <input type="checkbox"/>	.....	.....
Prime d'activité <input type="checkbox"/>	.....	.....

## • Orientation MDPH

Cocher les orientations dont vous bénéficiez	Depuis quand ?	Jusqu'à quand ?
IME/IMPRO <input type="checkbox"/>	.....	.....
UPCAT <input type="checkbox"/>	.....	.....
MAS <input type="checkbox"/>	.....	.....
FO <input type="checkbox"/>	.....	.....
RSA <input type="checkbox"/>	.....	.....
ESAT <input type="checkbox"/>	.....	.....
Entreprise adaptée <input type="checkbox"/>	.....	.....
FH <input type="checkbox"/>	.....	.....
SAVS / SAMSAH <input type="checkbox"/>	.....	.....
Autre <input type="checkbox"/>	.....	.....
Précisez :		
Autre <input type="checkbox"/>	.....	.....
Précisez :		
Autre <input type="checkbox"/>	.....	.....
Précisez :		

Date :

Signature :