

# Formulaire de saisine Intervenant Pivot PERSONNE MAJEURE



02 31 06 58 20 ou 21  
cra-sec@chu-caen.fr

**Centre Ressources Autisme Normandie Calvados-Orne-Manche**  
Hôpital Clemenceau  
Avenue Georges Clemenceau  
CS 30001  
14033 CAEN cedex 9

**Date de la demande d'intervenant-pivot :** \_\_ / \_\_ / \_\_

**Identification de la personne concernée par la demande :**

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Mail :

Téléphone (s) :

Vivez-vous seul ? :

Si non, avec qui ? :

**Document rempli par (si différente de la personne concernée) :**

Nom / Prénom :

Statut (parent/professionnel/ autre) :

Adresse :

Mail :

Téléphone(s) :

**Comment avez-vous connu ce service ?**

.....  
.....  
.....  
.....

## Concernant le diagnostic de Trouble du Spectre de l'Autisme

- Existe-t-il un diagnostic médical de TSA ?
- Depuis quand ?
- Quel médecin / quel service a posé ce diagnostic ?
- Une précision a-t-elle été apportée quant à ce diagnostic ?  
.....
- Avec ou sans déficience intellectuelle ?  
.....
- D'autres diagnostics ont-ils été posés ? Si oui, précisez :  
.....  
.....  
.....
- Un dossier à la MDPH, MDA a-t-il été constitué ?  Oui  Non  
Si oui, quels sont les droits notifiés et les éventuelles demandes en cours ?  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Concernant l'accompagnement et les soins

- **Existe-il un suivi par ?** (Si oui, précisez le nom et lieu d'activité)  
Un médecin traitant ?  Non  Oui :  
Un neurologue ?  Non  Oui :  
Un psychiatre ?  Non  Oui :  
Un psychologue ?  Non  Oui :  
Un éducateur ?  Non  Oui :  
Autres professionnels :

- **Existe-t-il une prise en charge dans un établissement / un service ?** Précisez les coordonnées et le temps d'accueil

- CMP
- FAM
- Hôpital de jour
- FOA
- IM Pro
- Ateliers de jour
- SAMSAH
- SAVS
- MAS
- Autres, précisez :

- **Existe-t-il une mesure de protection (tutelle, curatelle) ?** (Si oui précisez)

## Concernant la vie étudiante ou professionnelle

- **En études (lycée, université, CAP, BEP...)** ?  Oui  Non

Précisez

- **Activité professionnelle ?**  Oui  Non

Précisez (milieu ordinaire, ESAT, Entreprise adaptée...)

- **Accompagnement dans le cadre des études ou de l'emploi (CAP Emploi, DEA, Handisup, ...)** ?

Oui  Non

**Contact avec les professionnels**

- Si besoin, êtes-vous d'accord pour que nous contactions les professionnels cités ?  
 Oui  Non

**Quelles sont vos attentes et besoins vis-à-vis de la demande ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Signature :