

COORDONNEES

Pour le secrétariat du CRA

Date de remplissage : __ / __ / __

Date réception de la demande au CRA : __ / __ / __

ADULTE CONCERNE PAR LA DEMANDE

Nom :

Date de naissance :

Prénoms :

Lieu de naissance :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Courriel :

RESPONSABLES LEGAUX

Si l'intéressé bénéficie d'une mesure de protection des majeurs

Responsable légal :

Nom :

Prénom :

Adresse :

CP :

Ville :

Tél :

Courriel :

Autorise la démarche : oui ☐ non ☐

**Conformément à l'article 372-2 du Code civil, si l'un des deux parents détenteurs de l'autorité parentale refuse la démarche, le bilan diagnostic au CRA ne pourra pas être engagé.*

SUIVI ANTERIEUR ET ACTUEL

Avez-vous connaissance qu'il existe dans votre famille des maladies, des opérations chirurgicales ou des problèmes psychiques ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Et vous concernant ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Actuellement, de quels accompagnements bénéficiez-vous ?

Nom structure et ville :

Le cas échéant, nom du professionnel libéral :

Profession du professionnel :

Un diagnostic de TSA a t-il été porté ou évoqué ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, précisez (date/par quel(s) professionnel(s) :

Des examens complémentaires (EEG, génétique, IRM, audition, vision...) ont-ils été réalisés ?

☐ OUI ☐ NON

☞ Si oui, merci de nous transmettre le compte-rendu.

Avez-vous un traitement ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ?

Avez-vous bénéficié d'un accompagnement par le passé ? ☐ OUI ☐ NON

Psychiatre :

Psychologue :

Psychomotricien :

Orthophoniste :

Etablissement (IME, SAVS, SESSAD, AVS à l'école...) :

Autre :

PARCOURS SCOLAIRE

Avez-vous rencontré des difficultés dans votre parcours scolaire (apprentissages, adaptation, relation camarades) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

Centre Ressources Autisme Normandie Calvados-Orne-Manche

27 rue des Compagnons – CS 30001 - 14033 CAEN Cedex 9

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

*Ce document est joint au dossier médical du patient,
et conservé pendant la durée prévue par le code de la santé publique (Article R1112-7)*

PARCOURS PROFESSIONNEL

Situation professionnelle actuelle :

Rencontrez-vous des difficultés dans les relations avec vos collègues/responsables, etc ... ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

Rencontrez-vous des difficultés pour effectuer les missions de ce poste ?

☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

RELATION AUX AUTRES

Rencontrez-vous des difficultés dans les relations avec votre entourage (famille, ami(e)s, conjoint...) ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ?

PARTICULARITES

Avez-vous des particularités dans les domaines suivants ? Si oui, lesquels :

Langage et communication :

Alimentation :

Sommeil :

Peurs, angoisses :

Loisirs et centres d'intérêts particuliers :

Rituels, manies, idées fixes, gestes répétitifs :

Sensibilité particulière (description) :

Bruits :

Toucher :

Odeurs :

Vue :

Goût :

Avez-vous des maladroitness, des problèmes de coordination ? ☐ OUI ☐ NON

Centre Ressources Autisme Normandie Calvados-Orne-Manche

27 rue des Compagnons – CS 30001 - 14033 CAEN Cedex 9

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

