



**CENTRE DE RESSOURCES INTERREGIONAL
POUR L'AUTISME REUNION/MAYOTTE**

14, ruelle Rivière - 97436 Saint-Leu
Tél. : 0262 22 59 52 - Fax : 0262 44 26 33
Email : secretariatcria@clairejoie.re

LIVRET DE PRESENTATION ADOLESCENT OU ADULTE DEPENDANT

Nom

Prénom

Né(e) le

Adresse

Téléphone

Dossier Rempli par :

Nom Prénom Fonction

Nom et prénom de l'assuré social :

Numéro d'immatriculation :

Régime d'affiliation :

***Ce dossier est long à remplir et demande de rassembler beaucoup
d'informations, prenez bien votre temps pour le compléter.***

Joindre une photocopie de l'attestation d'assurance maladie

Cadre à remplir par le CRIA :

OBJET DE LA DEMANDE INITIALE	
bilan visant à poser le diag. ou l'éval. Initiale	
bilan visant à confirmer ou approfondir le diag. ou l'éval. Initiale	
réévaluation	

Mise à jour le 03/11/2017

Qui vous a adressé vers le CRIA ?

(Hôpital, CMP, médecin de famille, établissement spécialisé, assistante sociale, éducation nationale, amis, famille, autre...)

.....
.....

Pourquoi ? (préciser)

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

Qu'attendez-vous de l'intervention de l'équipe du CRIA ?

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

Quelles sont les principales difficultés actuelles ? (Santé, vie sociale, comportement...)

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

L'emploi du temps actuel du demandeur

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							

Présentation de la famille du demandeur :

Père

Prénom et Nom

Date de naissance

Profession

Adresse

E-Mail

Téléphone

Mère

Prénom et Nom

Date de naissance

Profession

Adresse

E-Mail

Téléphone

Frères et sœurs

Nom	Prénom	Date de naissance

Santé du demandeur :

Médecin traitant

Nom	Adresse	Téléphone

Prend-il un traitement ?

OUI

NON

Lequel ?

.....
.....

Qui l'a prescrit ? (Noms, spécialité, adresse...)

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

Pourquoi ?

.....
.....

Bilans médicaux déjà faits ? (Génétiques, Neurologiques, Radiologiques, Ophtalmos, ORL, Psychiatriques, Autres...)

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

Etes-vous d'accord pour communiquer les bilans en votre possession au médecin du CRIA ?

OUI NON

Etes-vous d'accord pour communiquer votre carnet de santé au médecin du CRIA ?

OUI NON

Avez-vous autre chose à dire sur votre santé ?

OUI NON

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

Avez-vous une prise en charge psychiatrique (en Etablissement Public de Santé Mentale, CMP, l'Hôpital de Jour ou en cabinet libéral de psychiatrie) ?

Référent

Date de début : Nombre fois/mois :

A-t-il une prise en charge en établissement médico-social ou service médico-social (IME, IMP, ESAT, MAS, FAO, FAM, SAVS, SAMSAH...)?

OUI NON

Si OUI :

Dans quel établissement ?

.....
.....

Educateur référent :

.....

Ouverture des droits

Notification MDPH : OUI NON

Reconnaissance handicap : OUI NON Taux ?

Bénéficie-t-il :

- D'un AESH OUI NON
- De l'allocation enfant handicapé OUI NON
- De l'allocation adulte handicapé OUI NON

Orientation service médico-social (IME, FAO, SAVS, SAMSAH,...) :

Lequel ?

.....

Reconnaissance travailleur handicapé : OUI NON

- RQTH
- Milieu ordinaire
- ESAT

Prestation compensation du handicap (Aide humaine, Aide matérielle) :

ALD : OUI NON pour quelles pathologies

Protection juridique (tutelle, curatelle) :

.....
.....

PRESENTATION DE L'ADULTE BENEFICIAIRE :
--

Quand avez-vous découvert que « quelque chose » n'allait pas ?

A quel âge ?

Par qui ?

A quelle occasion ?

.....

.....

LA COMMUNICATION:

Répond-il à son prénom ? OUI NON

Parle-t-il ? OUI NON

Le langage oral est-il compréhensible par tous ? OUI NON

Utilise-t-il des gestes ou des mimiques pour communiquer ? OUI NON

Lesquels ?

.....

Montre-t-il du doigt les objets ? OUI NON

A-t-il d'autres moyens de communication (objets, photos, images, pictogrammes...)

OUI NON

Lesquels ?

.....

Comment indique-t-il les choses qu'il aime et qu'il déteste (mots, gestes...) ?

.....

.....

Quelle est sa réaction face aux interdits ?

.....

.....

Eprouve-t-il des difficultés de compréhension ? OUI NON

LES RELATIONS SOCIALES :

Cherche-t-il le contact avec les autres personnes ?

OUI

NON

De quelle manière entre-t-il en contact ?

.....
.....

VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE:

A-t-il des signes observables d'activité sexuelle ?

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

LES JEUX ET LES ACTIVITES :

Qu'aime-t-il faire ? Quels sont ses intérêts ? Comment occupe-t-il son temps ?

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

Listez les activités auxquelles il participe régulièrement et leur fréquence ?

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

Listez les activités auxquelles il participe occasionnellement ?

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

LES CONNAISSANCES PEDAGOGIQUES :

LE SOMMEIL :

Présente-t-il des troubles du sommeil ? OUI NON

LE COMPORTEMENT :

Manifeste-t-il de l'agressivité envers lui-même ? OUI NON

Nature de l'agressivité (verbale, physique) et fréquence ?

.....
.....

Manifeste-t-il de l'agressivité envers les autres ? OUI NON

Nature de l'agressivité (verbale, physique) et fréquence ?

.....
.....

Avez-vous pu identifier des situations qui peuvent déclencher une crise de colère et/ou d'agressivité ?

Précisez les conditions :

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

Quels sont les mots, les situations qui peuvent le calmer ?

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

Y a-t-il d'autres choses qu'il est nécessaire de savoir, notamment à propos de ses habitudes ?

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

Eventuelles informations ou remarques complémentaires qui vous semblent importantes à faire connaître au CRIA ?

Des photos, des enregistrements audio et/ou vidéo pourront être effectués durant les évaluations au CRIA, vous autorisez-nous à les faire et à les utiliser :

- dans le cadre de l'évaluation au CRIA : **OUI** **NON**
- dans un but de travail, de recherches ou de formation d'autres professionnels : **OUI** **NON**

Si vous souhaitez visionner les vidéos réalisées, il est possible de les consulter sur place le samedi matin sur rendez-vous.

Nous vous informons qu'aucun document audio ou vidéo ne sera mis en ligne.

Dans le cas d'une restitution d'un diagnostic de trouble du spectre autistique, nous enregistrerons votre adresse postale ou email sur notre liste de diffusion vous permettant de recevoir des informations concernant l'autisme. Si vous ne souhaitez pas faire partie de cette liste, nous vous invitons à prendre contact avec le documentaliste du CRIA (Tél. : 0262 22 59 52 - Email : documentationcria@clairejoie.re)

Autorité parentale :

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme :

Adresse :

.....

.....

E-Mail :

Téléphone :

Fait à le

Signature de la mère :

Signature du père :

Autre :

Si le bénéficiaire est sous la responsabilité d'un organisme de tutelle :

◇ Tutelle ◇ Curatelle simple ◇ Curatelle renforcée ◇ Autre

Nom de l'organisme :

Nom du référent :

Adresse :

E-Mail :

Téléphone :

Fait à le

Signature :

En vous remerciant pour le temps que vous avez passé à remplir ce document qui nous permettra de mieux répondre à vos attentes.

« Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à favoriser la continuité de votre parcours d'accompagnement. Les destinataires des données sont l'équipe pluridisciplinaire du CRIA. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à secretariatcria@clairejoie.re (loi informatique 06/01/1978) »