

# Demande d'évaluation DIAGNOSTIQUE A DESTINATION DES ADULTES (18 ANS ET PLUS)

**IMPORTANT :**

**MERCI DE JOINDRE IMPERATIVEMENT A CE FORMULAIRE L'ATTESTATION DE CARTE VITALE MENTIONNANT LE CODE GESTION.**

*Encadré à remplir par le CRAHN*

**Date de réception de la demande** : / \_\_ / \_\_ / / \_\_ / \_\_ / / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

**Coordonnées de l'émetteur de la demande :**

Nom / Prénom : .....

.....

Adresse : .....

.....

Mail : .....

Téléphone : .....

Statut (de l'émetteur) :

La personne elle-même

Famille, précisez : .....

Professionnel, précisez : .....

**Identification de la personne concernée :**

Nom / Prénom : .....

.....

Date de naissance : .....

Profession : .....

Mail : .....

Téléphone : .....

Statut de la personne concernée :

Célibataire  En couple

La personne concernée a-t-elle des enfants : Oui Non

Si oui, précisez le nombre et l'âge : .....

La personne concernée a-t-elle des frères et sœurs : Oui Non

Si oui, précisez le nombre et l'âge : .....

**Motivation de la demande ?**

\*Démarche personnelle

\*Démarche personnelle et/ou orientation par :

Précisez (nom et fonction) : .....

**Si démarche personnelle :**

*Si besoin, êtes-vous d'accord pour que nous contactions une personne vous connaissant depuis l'enfance, pour prendre de plus amples informations ?*

Oui Non

*Si oui, pouvez-vous nous fournir ses coordonnées :*

Nom / Prénom : .....

*(Précision du lien de parenté) :* .....

Mail et/ou Téléphone : .....

La personne concernée est-elle en activité professionnelle : Oui Non

en milieu ordinaire en milieu protégé, précisez : .....

Etudiant, précisez : .....

En recherche d'emploi

Autre : .....

La personne concernée est-elle suivie par :

Un médecin traitant ? Oui Non

Précisez.....

Un neurologue ? Oui Non

Précisez.....

Un psychiatre ?  Oui  Non

Précisez.....

Un psychologue ?  Oui  Non

Précisez.....

Autres (ophtalmologue, ORL, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc.).....

.....

La personne concernée est-elle suivie dans une structure spécialisée :

Oui  Non

Si oui laquelle :

Hôpital de jour  Foyer occupationnel  IM Pro

Ateliers de jour  FAM  MAS  Autres : .....

Précisez :

Nom de la structure : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone et/ou Mail : .....

Psychiatre ou Médecin référent : .....

***Si besoin, êtes-vous d'accord pour que nous contactions les professionnels cités pour prendre de plus amples informations ?***

Oui  Non

La personne concernée a-t-elle une reconnaissance MDPH :  Oui  Non

si oui, précisez :

Allocation Adulte Handicapé : AAH

Statut RQTH

Autre : .....

La personne concernée a-t-elle une mesure de protection :

Oui  Non

Si oui, précisez :  Sauvegarde de justice  Curatelle  Tutelle

**Un diagnostic d'autisme a-t-il déjà été évoqué sans être confirmé ?**

Oui     Non

Si oui, par qui : .....

**Un diagnostic d'autisme a-t-il été posé ?**

Oui     Non

Si oui, et par qui : .....

**La personne concernée a-t-elle un autre diagnostic évoqué ?**

Oui     Non

Si oui, lequel et par qui : .....

**La personne concernée a-t-elle un traitement médicamenteux ?**

Oui     Non

Si oui, précisez : .....

**Description succincte des principales difficultés de la personnes concernée :**

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

**Quelles sont vos attentes ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Observations complémentaires :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....