



NOM Prénom : _____

FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION

Ce formulaire nous permet de recueillir les informations nécessaires à la compréhension de la situation dans sa globalité. Veuillez le compléter avec vos éléments actuels d'observation, et nous le retourner avec l'ensemble des documents datés.

Dans la mesure du possible, nous vous invitons à associer l'ensemble des partenaires (familles, établissements, professionnels libéraux, etc.) pour compléter ce document. Les informations seront recueillies dans la confidentialité, le respect de la vie privée et l'intimité de la personne concernée.

LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'INTERVENTION

NOM Prénom :

Date de naissance :

Âge :

Hébergement actuel :

Mesure de protection :

Domicile personnel

Oui Non

Domicile parental

Si oui :

Famille d'accueil

Sans protection juridique

Établissement

Tutelle

Autre :

Curatelle

Adresse :

REPRESENTANT LEGAL

NOM Prénom :

Lien avec la personne :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Courriel :

DEMANDEUR

NOM Prénom :

Lien avec la personne :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Courriel :

PERSONNE À PRIVILEGIER POUR TOUT CONTACT AVEC L'EMIA29 (si établissement, préciser le nom d'un professionnel et sa fonction)

NOM, Prénom, Fonction :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Courriel :



NOM Prénom : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPORTEMENT-PROBLEME

Les « comportements-problèmes » sont définis comme des « comportements d'une intensité, fréquence, ou durée telle que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est probablement mise sérieusement en danger, ou comme des comportements susceptibles de limiter ou d'empêcher l'accès et l'utilisation des services » (ANESM, 2016).

Décrire le comportement-problème :

Quels sont les circonstances d'apparition et les facteurs déclenchants ?

Quelles sont les réactions habituelles des accompagnants face au comportement-problème ?

Avez-vous observé des facteurs amplifiant le comportement-problème ?

Avez-vous observé des facteurs atténuant le comportement-problème ?

Depuis quand le comportement-problème est-il présent ?



NOM Prénom : _____

A quelle fréquence observez-vous le comportement-problème par jour ?										
<input type="checkbox"/> 0 à 5	<input type="checkbox"/> 5 à 20	<input type="checkbox"/> 20 à 50	<input type="checkbox"/> 50 à 100	<input type="checkbox"/> > à 100						
Comment estimez-vous l'impact ou la gravité du comportement-problème sur la personne concernée ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune gêne		Dérangeant			Très dérangeant		Risque de rupture de parcours*			Risque vital
<i>* Situation ne permettant plus d'assurer la qualité et la continuité de l'accompagnement (exemples : droit de retrait, hospitalisation, arrêt de l'accompagnement, souffrance familiale, etc.)</i>										
Comment estimez-vous l'impact ou la gravité du comportement-problème sur les accompagnants ?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Aucune gêne		Dérangeant			Très dérangeant		Risque de rupture de parcours*			Risque vital
<i>* Situation ne permettant plus d'assurer la qualité et la continuité de l'accompagnement (exemples : droit de retrait, hospitalisation, arrêt de l'accompagnement, souffrance familiale, etc.)</i>										

DOCUMENTS ANNEXES

Si vous disposez des documents suivants, nous vous remercions de nous les transmettre :

- Anamnèse (grossesse, développement, scolarité, parcours)
- Projet personnel individualisé
- Bilans ou examens médicaux (somatiques, psychiatriques, etc.)
- Comptes rendus des évaluations informelles et standardisées (orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien(ne), psychologue, etc.)
- Emploi du temps actuel de la journée et de la semaine
- Transmissions concernant le comportement-problème
- Tout autre document que vous jugerez utile de transmettre

NOM, Prénom :

Fait le :

Fonction ou lien avec la personne :

A :

Signature :



AUTORISATION D'INTERVENTION

Si la personne concernée par la demande est majeure, ce document est à compléter par :

- *Le représentant légal dans le cas d'un majeur protégé (joindre une copie du jugement protection juridique (tutelle, curatelle...))*
- *La personne elle-même s'il n'y a pas de mesure de protection juridique de type tutelle*

Si la personne concernée par la demande est mineure, ce document est à compléter par la ou les personnes détentrice(s) de l'autorité parentale (les deux parents en cas d'autorité conjointe)

Je (nous) soussigné(e-s),
représentant(s) légal(aux) de,
autorise(ons) l'Équipe Mobile d'Intervention pour adultes avec Autisme (EMIA29) du Finistère
à élaborer un projet d'intervention visant la diminution du/des comportement(s)-problème(s)
identifiés.

Dans ce cadre, l'EMIA29 est autorisée à :

- intervenir auprès de la personne concernée,
- consulter les données institutionnelles,
- consulter les données médicales et à échanger avec les différents professionnels de santé intervenant auprès de la personne
- réaliser des enregistrements audio et/ou vidéo : dans le cadre des bilans et évaluations, ces enregistrements peuvent être nécessaires à l'analyse de la situation.

Ces données ou documents constituent des éléments d'accompagnement par l'EMIA29. À ce titre, ils sont confidentiels et ne seront en aucun cas diffusés.

Fait à :

Le :

NOM(S) Prénom(s) :

Signature(s) :



NOM Prénom : _____

DONNEES MEDICALES CONFIDENTIELLES à compléter par un médecin

L'EMIA 29 (Equipe Mobile d'Intervention pour adultes avec Autisme du Finistère), intervient auprès de personnes âgées de 16 ans et plus, présentant un ou des « comportements-problèmes » dont le diagnostic de Trouble Envahissant du Développement/Trouble du Spectre Autistique a été posé, ou est fortement suspecté.

Dans le cadre de notre intervention, l'équipe (psychologue, éducateur spécialisé, médecin généraliste, infirmier), réalise une évaluation, sur le plan psycho-éducatif et médical. L'objectif est de viser la diminution du ou des « comportements-problèmes ».

Les données médicales seront consultables par l'ensemble de l'équipe, faisant référence au décret n°2016-994 du 20 juillet 2016 qui complète l'article L1110-4 du code de la santé publique.

Ce questionnaire comprenant des données médicales confidentielles est à remplir par un médecin intervenant dans le suivi de la personne concernée, et à nous renvoyer sous pli cacheté aux coordonnées :

Équipe Médicale de l'EMIA29
Services du Domicile - Les Genêts d'or
3 rue Édouard Belin (Bâtiment 2-3, 1^{er} étage)
29200 BREST
02.98.83.77.99

Nous vous tiendrons informé(s) de la synthèse de l'EMIA 29, en respectant le secret médical.

LA PERSONNE CONCERNEE PAR LA DEMANDE D'INTERVENTION

NOM, Prénom

Date de naissance

____/____/____

DOCUMENT REMPLI PAR LE MEDECIN

NOM du médecin :

Nom du médecin traitant (si différent) :

Date à laquelle le questionnaire est rempli :



NOM Prénom : _____

DIAGNOSTIC DE TROUBLE ENVAHISSANT DU DEVELOPPEMENT OU TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME

Diagnostic posé : Oui Non

Si oui, précisez le diagnostic, date, nom du médecin et transmettre le dossier ou compte rendu :

PATHOLOGIES ACTUELLES – PROBLEMATIQUES MEDICALES ASSOCIEES

ANTECEDENT

Notez les antécédents, précisez les dates :

ALLERGIE CONNUE

Oui Non

Si oui, précisez

EXPLORATIONS MEDICALES REALISEES OU EN COURS, EN LIEN AVEC LE COMPORTEMENT PROBLEME (dentiste, ORL, gastro...)