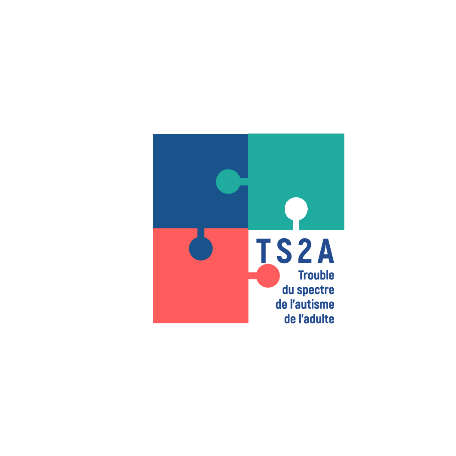
****FICHE DE DEMANDE de rendez-vous médical**

**Unité TS2A (Trouble du Spectre de l’Autisme de l’Adulte)**

*Vous souhaitez* ***prendre RDV avec un médecin psychiatre sur l’unité TS2A,*** *car vous souhaitez bénéficier d’un accompagnement suite à un diagnostic de syndrome d’Asperger ou trouble du spectre de l’autisme (TSA) sans déficience intellectuelle ?*

**Nous vous invitons à remplir ce formulaire de demande**, qui sera étudié au préalable par l’équipe TS2A afin de pouvoir vous proposer la solution la plus adaptée. Une réponse vous sera rendue par téléphone ou par email.

⚠ **L’unité TS2A ne peut accueillir que les demandes de personnes résidant dans le département :**

**Rhône et Drôme -Ardèche.**

**IMPORTANT** :

Rattachée au CH Le Vinatier, l’unité **TS2A** (Troubles du Spectre de l’Autisme de l’Adulte) a été ouverte en décembre 2018 et est composée d’une équipe pluridisciplinaire (0.8ETP médical, 1ETP interne, 1ETP neuropsychologue, 1ETP job coach, 0.6ETP pair-aidante, 0.4ETP secrétaire). Il s’agit d’une **unité de 3ème ligne** qui propose un **accompagnement en réhabilitation psychosociale** pour les personnes adultes avec des difficultés au quotidien **liées à un Trouble du Spectre de l’Autisme sans déficience intellectuelle (syndrome d’Asperger).**

Pour toute demande auprès de TS2A, **la personne doit être informée de la démarche et impliquée dans celle-ci.** Seules les **personnes majeures et domiciliées dans le département du Rhône et Drôme -Ardèche** peuvent déposer une demande auprès de TS2A. La personne est d’abord reçue par un médecin, qui évaluera les besoins de prise en charge et indiquera les possibilités de soins de réhabilitation et autres orientations possibles.

Compte-tenu de leur grand nombre et des objectifs et moyens de l’unité, **les demandes isolées de diagnostic sans évaluation préalable adéquate** (avec passation et interprétation d’échelles de dépistage et **justification par un courrier médical** des éléments de complexité ne permettant pas de poser le diagnostic) **NE PEUVENT PAS être reçues sur TS2A.**

***INFORMATION à lire:***

*Pour* ***faire progresser la recherche dans le domaine des troubles du spectre de l’autisme*** *et améliorer les prises en charge, TS2A collabore avec le* ***Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale*** *qui a lancé en 2015 la* ***cohorte de recherche REHABase****.*

<https://centre-ressource-rehabilitation.org/recherche-en-rehabilitation-psychosociale-cohorte-rehabase>

*La* ***cohorte REHABase*** *est une cohorte prospective et multicentrique de volontaires usagers d’un des 8 centres de réhabilitation psychosociale répartis sur le territoire français. Un large panel de données sociodémographiques, cliniques et fonctionnelles est recueilli et stocké* ***anonymement*** *dans une base de données protégée pour 15 ans. En novembre 2018, on comptait 1900 usagers enregistrés dans cette base de données.*

***Après lecture de la fiche d’information ci-jointe, nous vous serions reconnaissants de nous indiquer si vous souhaitez vous opposer au recueil anonymisé des données vous concernant dans la cohorte REHABase.*** *Si vous n’y êtes pas opposé(e), ces données seront enregistrées et vous participerez ainsi à la recherche. Un éventuel refus de votre part ne modifie en rien la réponse qui vous sera donnée à votre demande de RDV ou votre prise en charge future****.***

* **REHABase : Après lecture de la fiche d’information, je m’oppose à l’utilisation anonyme des données me concernant à visée de recherche :**  OUI  NON
* **Demande de RDV remplie par un tiers :**  OUI  NON (Si oui, précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.)

**I/ INFORMATIONS GENERALES**

* **Nom** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Prénom** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **E-mail**: Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Date de naissance** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Adresse postale** :Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Code postal** : Cliquez ici pour entrer du texte. **Ville :** Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Téléphone** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Médecin généraliste traitant** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Psychiatre référent** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Numéro de sécurité sociale** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Situation familiale** : Cliquez ici pour entrer du texte.
* **Personne de confiance (nom + téléphone)** : Cliquez ici pour entrer du texte.

***Je fais ma demande pour :***

**Accompagnement en réhabilitation psychosociale suite à un diagnostic de TSA SDI (ou syndrome d’Asperger) posé par :** Cliquez ici pour entrer du texte.

* + **Dans ce cas le COMPTE-RENDU DIAGNOSTIQUE doit être obligatoirement joint à la demande.**

**Demande d’évaluation diagnostique complexe :**

* + **Dans ce cas le COURRIER D’UN PSYCHIATRE justifiant des éléments de complexité diagnostique et accompagné des évaluations réalisées doit être obligatoirement joint à la demande.**

**II/ CONTEXTE ET OBJECTIFS DE LA DEMANDE**

* **Qui vous a orienté vers l’unité TS2A et/ou le centre de réhabilitation** ? :

Psychiatre

Médecin traitant

Centre Ressources Autisme (CRA)

Autre structure spécialisée dans les TSA (Si oui, précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.)

Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH)

Autre (précisez) : Cliquez ici pour entrer du texte.

* **Evaluation(s) réalisée(s) au préalable** : **Merci d’envoyer impérativement les comptes rendus disponibles**

WAIS

Bilan neuropsychologique

Bilan de la cognition sociale

SCQ (Questionnaire de Communication Sociale)

ASDI (Interview pour le diagnostic du syndrome d’Asperger)

RAADS (Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale)

ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule)

ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised)

Autre (Précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.)

* **Prise(s) en charge réalisée(s) au préalable** :

Suivi psychiatrique en CMP

Suivi psychiatrique en CATTP

Suivi psychiatrique en HDJ

Suivi psychiatrique en libéral

Entrainement de la cognition sociale

Remédiation neurocognitive

Entrainement aux habiletés sociales

Accompagnement vers le logement (Si oui, précisez la structure qui vous a accompagné : Cliquez ici pour entrer du texte.)

Accompagnement vers le travail (Si oui, précisez la structure qui vous a accompagné : Cliquez ici pour entrer du texte.)

Hospitalisation en psychiatrie

Traitement psychopharmacologique / précisez : Cliquez ici pour entrer du texte.

**III/ RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

* Langue maternelle :
* Niveau d’étude validé :
* **Diagnostic psychiatrique principal** :
* **Diagnostic(s) psychiatrique(s) secondaire(s)** :

* **Traitements psychotropes (avec posologie, date de début, efficacité)** :
* **Plaintes somatiques/Pathologies somatiques** :

Antécédents médico et/ou chirurgicaux durant **l’enfance** :

Antécédents médico et/ou chirurgicaux à **l’âge adulte** :

* ***Antécédents familiaux psychiatriques et/ou somatiques :***
* **Traitement(s) somatique(s)** :
* *Vaccinations : A jour OUI/NON/Ne sais pas*
* **DONNEES SOCIO-ECONOMIQUES**

Situation familiale :

Célibataire

Marié.e

Divorcé.e

PACSE

Union libre

Veuf.ve

Nombre d’enfant(s) :

Contexte du soin :

Ambulatoire (CMP, consultation en libéral…)

Hôpital (Actuellement hospitalisé)

Pas de suivi actuellement

Logement :

Sans domicile

Domicile personnel

Domicile Familial

Appartement supervisé

Foyer thérapeutique

Foyer éducatif

Autre type de structure

Statut professionnel / Revenus :

Sans revenu

Milieu ordinaire

Milieu protégé

Allocation chômage

AAH

Arrêt maladie

Arrêt longue maladie

Pension d’invalidité

RSA

Boursier

RQTH (Reconnaissance en Qualité de Travailleur Handicapé): OUI/NON

Si oui : *Milieu ordinaire  / Milieu protégé*

Mesure de protection :

Sans

Curatelle

Curatelle renforcée

Tutelle

Référent(s) social (assistante sociale, SAVS, SAMSAH…) :

**Troubles psychiatriques et hospitalisation**

* **Année de début** des troubles :
* Ancienneté du **premier contact** avec la psychiatrie :
* **Nombre d’hospitalisation(s)** en psychiatrie :
* **Durée totale d’hospitalisation** en psychiatrie :

**Suivi somatique**

Médecin généraliste :

Dentiste :

Gynécologue :

Ophtalmologiste :

Autre soignant :

**Mise(s) en danger, désocialisation, médico-légal**

**Antécédents de tentatives de suicide ou de mise en danger :** OUI/NON Date(s) :

**Désocialisation :** Marginalisation OUI/NON Date(s) :

**Médico-légal :** Antécédent(s) médico-légaux OUI/NON Date(s) :

**Addictions**

* Addiction actuelle au **TABAC** ? OUI/NON Depuis quand ?

Antécédent d’addiction au TABAC ? OUI/NON

* Addiction actuelle à **l’ALCOOL** ? OUI/NON Depuis quand ?

ATCD d’addiction à l’ALCOOL ? OUI/NON

* Addiction actuelle au **CANNABIS** ? OUI/NON Depuis quand ?

ATCD d’addiction au CANNABIS ? OUI/NON

* Addiction actuelle **COMPORTEMENTALE** (trouble du comportement alimentaire, jeux…)? OUI/NON Si arrêt, depuis quand ?
* Autre type d'addiction comportementale ou toxique (actuelle ou passée)?

**IV/ EXPRESSION LIBRE :**

***Cet espace d’expression est important pour mieux vous connaître et cibler vos besoins, afin de vous faire des propositions adaptées. Voici quelques thèmes que vous pouvez aborder : enfance, famille, scolarité, vie professionnelle, nature des troubles…***

Cliquez ici pour entrer du texte.