



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 :

Domicile personnel

Domicile parental

Famille d'accueil

Établissement

Autre :

Mesure de protection :

Oui Non

Si oui :

Sans protection juridique

Tutelle

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 ?

0 à 5 5 à 20 20 à 50 50 à 100 > 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

* 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.)

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

* 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.)

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 :



NOM Prénom : _____

DONNEES MEDICALES

Document médical confidentiel à mettre sous pli cacheté

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

NOM, Prénom

Date de naissance

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Diagnostic de Trouble Envahissant du Développement posé : Oui Non

Si oui, précisez :

- Le nom du médecin à l'origine du diagnostic :
- La date du diagnostic :

Problématiques médicales associées (diagnostics, antécédents médicaux, etc.) :

Explorations médicales réalisées ou en cours, en lien avec le comportement-problème (dentiste, gastro-entérologue, etc.)

NOM, Prénom :

Fait le :

Fonction :

A :

Signature :



NOM Prénom : _____

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*

Si la personne concernée par la demande est mineure, ce document est à compléter par la ou les personnes détentric(e)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) :