Fiche de Contact

pour une prise en charge en analyse appliquée du comportement

□Nom et Prénom de la personne :

□Date de naissance : Age :

□Rempli le : Par :

Lien avec la personne :

- Parent 1

Nom : Prénom :

Tél : @mail :

Adresse complète :

- Parent 2

Nom : Prénom :

Tél : @mail :

Adresse complète :

□Comment avez-vous entendu parler de nous :

□Nom-prénom /âge des frères et sœurs :

Informations sur le diagnostic :

Diagnostic (si connu) :

Etabli le :

Par :

Scolarisation :

Scolarisation : ◯ oui ◯ non

temps plein : ◯ oui ◯ non

nombre d'heure : Heures

Depuis le :

Actuellement en classe de :

Bénéficie-t-il d'adaptation dans sa scolarisation : ◯ oui ◯ non

Lesquels : Accompagnement : ◯ oui ◯ non

Autres :

Suivi :

Prises en charges actuellement en cours :

Fonction	Nom	Tel	Mail	Depuis le	Lieux

Informations médicales :

Allergies :

Régimes ou restrictions :

Médication (nom/pour) :

Traitement(s) antérieur(s) :

Autonomie :

Repas : décrivez ce que la personne sait faire et de quelle aide a-t-elle besoin pour manger et boire.

N'accepte-t-il que certains types ou textures de nourriture : oui non

Lesquelles :

Endormissement et sommeil : décrivez l'endormissement et le sommeil de la personne

Hygiène corporelle : décrivez ce que la personne sait faire et de quelle aide a-t-elle besoin pour sa toilette et s'habiller

Propreté :

La personne est capable d'utiliser les toilettes / le pot (rayer la mention inutile) pour :

L'urine : Jour : ◯ oui ◯ non

Nuit : ◯ oui ◯ non

Les selles : Jour : ◯ oui ◯ non

Nuit : ◯ oui ◯ non

Langage / communication

La personne a-t-elle une communication adaptée : ◯ oui ◯ non

Si non, dit-elle quelques mots ou phrases : ◯ oui ◯ non

Fonction des mots :

Exemples:

Si non, babillage : ◯ oui ◯ non

Quels sons avez-vous déjà entendu :

La personne sait-elle utiliser un moyen de communication alternatif (PECS, LSF, Makaton…) :

◯ oui ◯ non

Lequel :

Depuis le :

Est-il en train d'apprendre à utiliser un moyen de communication alternatif : ◯ oui ◯ non

Lequel :

Mis en place par :

Depuis le :

Si non, est-il capable de faire comprendre ses demandes : ◯ oui ◯ non

Si oui, comment :

Problèmes de comportements

Quels problèmes de comportement (comportement agressif, stéréotypie…) observez-vous, quand interviennent-ils et à quelle fréquence :

environ

par

Objectifs

Nombre d'heures ou de séances par semaine souhaité : fois heures par semaine

Qu'attendez-vous de la prise en charge :

Quel est votre premier objectif :

Emploi du temps

Son emploi du temps et ses disponibilités : cocher si disponible, sinon préciser le rendez vous

	Matin	Après midi
LUNDI		
MARDI		
MERCREDI		
JEUDI		
VENDREDI		

Avez-vous des questions par rapport à la MDPH, les aides, les exonérations, la scolarisation :
◯ oui ◯ non

Lesquelles :

Avez-vous déjà un numéro URSSAF: ◯ oui ◯ non

Si non, connaissez-vous les démarches à effectuer : ◯ oui ◯ non

Autres remarques :

envoi automatique
cliquer ici

Courriel

Imprimer

Cette fiche de contact a pour but de recueillir les informations nécessaires pour prévoir une intervention spécialisée en analyse appliquée du comportement (ABA). Ce dossier ne fait pas office de demande de prise en charge, seul le retour daté et signé des devis qui vous seront soumis à réception de cette fiche permettra de démarrer une prise en charge ou une mise en liste d'attente en fonction des disponibilités de chacun.

Vous pouvez renvoyer ce questionnaire à contact@ba-eservice.com