



FÉDÉRATION  
TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

**SOM'ACCESS**

# Questionnaire d'adressage **SOM'ACCESS**

## PRÉAMBULE

L'unité Som'ACCESS est destinée à améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, présentant un trouble du neurodéveloppement (TND) sévère ainsi que des difficultés de communication et/ou de compliance graves. Il s'agit d'une équipe mobile pluridisciplinaire ayant pour fonction la mise en place de parcours de soins somatiques adaptés au sein du CHU de Dijon. Il est impératif d'avoir l'accord du patient si ce dernier est en mesure de le donner, et/ou de ses représentants légaux pour solliciter Som'ACCESS.

## CRITÈRES D'INCLUSION

- Patient résidant en Bourgogne
- Patient présentant un TND sévère
- Patient en incapacité de gérer lui-même son parcours de soins
- Patient pour qui un diagnostic de dyscommunication a été posé, et qui nécessite une compensation à visée communicationnelle, humaine et/ou matérielle adaptée au contexte et au-delà des adaptations « habituelles » des services

## CRITÈRES D'EXCLUSION

- Maladie psychiatrique ou troubles psychiatriques sans TND
- Accompagnement possible par une autre structure
- Patients avec troubles du comportement ou dyscommunication modérés

*Voici le questionnaire destiné à évaluer la situation de la personne pour qui vous faites la demande de prise en charge par Som'ACCESS.*

*Ce document peut vous sembler contraignant à remplir, mais il nous permettra d'évaluer de façon exhaustive les difficultés présentées et de vous réorienter si nécessaire vers les professionnels susceptibles de vous aider. Nous vous remercions donc par avance de remplir au mieux ce formulaire.*

***Si vous n'êtes pas en capacité de la faire contacter le service au : 03 80 34 40 85***



**Unité SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)

## IDENTITÉ DE LA PERSONNE QUI REMPLIT POUR LE PATIENT

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Mail :

### Intervention en tant que :

Professionnel médical

Professionnel paramédical

Autre professionnel de santé

Auxiliaire/aide de vie à domicile

Travailleur social

Aidant professionnel en ESMS

Aidant familial ou proche

Autre, préciser :

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom de naissance :

Nom d'usage si différent :

Prénom(s) :

Genre :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse du lieu de vie principal :

Code postal :

Ville :

Adresse du ou des représentants légaux :

Code postal :

Ville :

### POUR LES ADULTES

Mesure de protection juridique en cours et coordonnées de la personne en charge de la mesure :

### POUR LES ENFANTS

Mesure éducative en cours et coordonnées de la personne en charge de la mesure :



Unité **SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)

## OBJET(S) DE LA DEMANDE D'ADRESSAGE À SOM'ACCESS

**Accompagnement global** à la réalisation de bilans somatiques et/ou de soins spécifiques (prise de sang, vaccination, ECG, EEG, examen de dépistage type frottis...)

**Évaluation somatique globale** dans le cadre de modifications comportementales et/ou relationnelles et/ou par absence d'autres solutions appropriées

## MOTIF(S) AYANT CONDUIT À FAIRE UNE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE PAR SOM'ACCESS

Refus de prise en charge par un praticien et/ou un établissement

Échec des soins entrepris (réalisation incomplète, par exemple)

Inaccessibilité architecturale aux lieux de soins (bâtiments non adaptés)

Inadaptation des matériels d'examens ou de soins

Inaccessibilité aux soins par absence de professionnels disponibles autour du lieu de vie

Aide humaine nécessaire non disponible pour l'accompagnement aux soins

Nécessité d'une anesthésie générale ou du recours au MEOPA pour la réalisation des examens ou des soins

Suite à une expérience non satisfaisante dans un autre lieu de soins

Autre :

## TYPE(S) DE TROUBLES DU NEURODÉVELOPPEMENT PRÉSENTÉ(S)

Trouble du spectre de l'autisme TSA

Trouble du développement intellectuel TDI

Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité TDAH

Troubles de la communication

Troubles moteurs (tics, syndrome de Gilles de La Tourette, mouvements stéréotypés avec ou sans automutilation, trouble développemental de la coordination...)

Autre :



Unité **SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)



FÉDÉRATION  
TROUBLES DU NEURO-DÉVELOPPEMENT

**SOM'ACCESS**

## QUESTIONNAIRE D'ADRESSAGE SOM'ACCESS

### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX, CHIRURGICAUX, GYNÉCO-OBSTÉTRICAUX ET PATHOLOGIES EN COURS

### SUIVIS MÉDICAUX ET PARAMÉDICAUX EN COURS

### COORDONNÉES DU MÉDECIN RÉFÉRENT

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

Mail :



Unité **SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)

## TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX EN COURS

## PARCOURS DE SOINS DONT TESTS GÉNÉTIQUES, EXAMENS SPÉCIALISÉS

## DIFFICULTÉS PRÉSENTÉES ACTUELLEMENT

Langage : absence de langage verbal, peu de mots,  
prononciation et/ou compréhension très difficile(s)...

Motricité : absence de marche, troubles de la marche, déficit moteur grave...

Comportement

Déficiences sensorielles : surdité grave, déficience visuelle grave...

Épilepsie sévère

Maladie rare

Maladie neuro-évolutive

Maladie métabolique

Maladie génétique

Situation de polyhandicap



Unité **SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)

**DESCRIPTION DE LA SITUATION AYANT CONDUIT À FAIRE LA DEMANDE DE SOM'ACCESS**

**Un rendez-vous médical est-il déjà programmé ?**    OUI    NON

**Si oui**, merci de nous indiquer la date, l'heure et le nom du médecin concerné :

Date :

Heure :

Nom du médecin :



**Unité SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)

## COPIES DES PIÈCES À JOINDRE

Copie de la carte nationale d'identité  
Copie du livret de famille le cas échéant  
Autorisations de prise en charge par l'assurance maladie  
Attestation de mutuelle  
Autorisation spécifique pour les mineurs  
Comptes rendus médicaux  
Bilans paramédicaux  
Comptes rendus de synthèse type CAMSP, SESSAD, EAM...  
Copie des ordonnances de traitement médicamenteux en cours  
Tout document vous semblant utile

Je soussigné  
certifie que l'accord de la personne concernée (si elle est en mesure de le donner) et/ou de ses  
représentants légaux a bien été recueilli pour solliciter l'équipe de Som'ACCESS.

### **Identité de la personne à joindre concernant l'évolution du dossier :**

Nom, Prénom :

Numéro de téléphone :

Mail :

Fait à :

Signature :

Le :



**Unité SOM'ACCESS**

UF : 2298

✉ : [som.access@chu-dijon.fr](mailto:som.access@chu-dijon.fr)