

**Dipartimento Integrato di Salute Mentale,
Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche**

Centro di Riferimento Regionale ad Alta Specializzazione per il Disturbo dello Spettro dell'Autismo
centro.autismo@aslroma5.it

SCHEDA INVIO RICHIESTA TRATTAMENTO PER PERSONE CON DISTURBO DELLO SPETTRO DELL'AUTISMO IN ETÀ ADULTA

Cognome _____ Nome _____

Nazionalità: _____ Luogo di nascita: _____

Data di nascita: _____ Genere: **M** ☐ **F** ☐ **Altro** ☐ Età: _____

NPI/Psichiatra di riferimento: _____

Email utente: _____

Recapito telefonico utente: _____

CONTATTI GENITORI (SE TUTORI LEGALI)

Email: Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Recapito telefonico: Genitore 1 _____ Genitore 2 _____

Eventuali servizi coinvolti: _____

Diagnosi secondo DSM-5-TR: _____

Livello di gravità ASD secondo DSM-5-TR: Comunicazione sociale **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐

Comportamenti ristretti, ripetitivi **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐

Specificatori (barrare solo se presente): Compromissione intellettiva associata ☐

Compromissione del linguaggio associata ☐ Associato a condizione genetica ☐

Associato ad altra condizione medica nota ☐ Associato a un fattore ambientale ☐

Associato a un problema del neurosviluppo, mentale o comportamentale ☐

Comorbilità: _____

Documentazione da allegare prima dell'invio al Centro

1. Valutazione livello cognitivo: _____ Data somministrazione test _____

2. Valutazione funzionamento adattivo: _____ Data somministrazione test _____

3. Altre valutazioni: _____

Terapie Ri-Abilitative in corso

Tipo di intervento: _____ frequenza: _____ Centro _____

Tipo di intervento: _____ frequenza: _____ Centro _____

Tipo di intervento: _____ frequenza: _____ Centro _____

Data: _____

Firma Specialista: _____