**Anexa 15**

**(ANEXA 16 H2 la normele tehnice**

**CHESTIONAR DE EVALUARE**

**Pentru includerea în Programul național de sănătate mintală - Subprogramul naţional de servicii conexe**

**acordate persoanelor diagnosticate cu tulburări din spectrul autist**

Judeţul ..................................................................

Localitatea ..............................................................

Unitatea de specialitate .................................................

Adresă ...................................................................

Telefon ..................................................................

Fax ......................................................................

E-mail ...................................................................

Reprezentant legal/administrator\*:

Nume ................... Prenume ...................

Adresă .............................................

Telefon ................. fax ......................

E-mail .............................................

**Capitolul 1. Criterii privind structura organizatorică**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Furnizorul de servicii conexe actului medical pentru persoane cu TSA are în structura organizatorică aprobată | | |
|  | * cabinet de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în una din specialitățile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională, psihopedagogie specială |  |  |

**Capitolul 2. Criterii privind structura de personal**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Psihologi cu drept de liberă practică atestați în una din specialitățile: psihologie clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, psihologie educațională, consiliere școlară și vocațională și psihopedagogie specială, care îndeplinesc una dintre următoarele condiţii de formare de specialitate în domeniul intervenţiei pentru persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist: | | |
| . | au absolvit un program internaţional de formare profesională de lungă durată sau de scurtă durată de minimum 40 de ore într-o metodă de intervenţie validată ştiinţific în tulburări din spectrul autist, avizată de Colegiul Psihologilor din România sau |  |  |
|  | au absolvit un curs de formare continuă avizat de Colegiul Psihologilor din România de minimum 40 de ore (40 de credite) în domeniul intervenţiilor psihologice validate ştiinţific în tulburări din spectrul autist sau |  |  |
|  | fac dovada experienţei profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de minimum 2 ani, demonstrată prin contractul individual de muncă, însoţit de fişa postului aferentă, precum şi de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialităţile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică angajaţi sau |  |  |
|  | fac dovada experienţei profesionale în lucrul cu persoanele diagnosticate cu tulburări din spectrul autist de minimum 2 ani, demonstrată prin anexa formei de exercitare a profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, precum şi de o recomandare de la un psiholog cu drept de liberă practică având treapta de specializare specialist sau principal în una dintre specialităţile: psihologie clinică, psihoterapie, consiliere psihologică, psihologie educaţională, consiliere şcolară şi vocaţională, psihopedagogie specială, pentru psihologii cu drept de liberă practică titulari ai unei forme de exercitare a profesiei. |  |  |

**Capitolul 3. Criterii privind dotarea**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | DA | NU |
| 1. | Minim două probe de evaluare psihologică care trebuie să evalueze abilitățile persoanei cu TSA, urmărind toate ariile de dezvoltare: abilitățile de comunicare, abilitățile de participare la activități, abilitățile sociale, abilitățile cognitive, abilitățile de limbaj receptive și expresive, abilitățile de autonomie personală cu excepția cabinetului de liberă practică pentru servicii conexe actului medical de psihologie în specialitatea psihopedagogie specială-logopedie |  |  |
| 2. | Mobilier curent și scaune de diverse dimensiuni adaptate vârstei pacientului (adult/copil) |  |  |
| 3. | Dulapuri compartimentate și închise, astfel încât materialele de lucru să nu fie la vedere |  |  |
| 4. | Etajere pentru materialele de lucru specifice pentru activitățile de joacă |  |  |
| 5. | Kit de lucru care să cuprindă seturi de imagini specifice organizate pe domenii: obiecte, acțiuni, potriviri, asocieri, noțiuni opuse, secvențialitate, cauză-efect, povești sociale, poziții spațiale, locații și meserii, identificarea emoțiilor, reguli sociale |  |  |
| 6. | Cărți cu imagini specifice potrivite pentru diferite etape în dezvoltare |  |  |
| 7. | Seturi de jucării organizate pe categorii (în dublu exemplar): animale domestice și sălbatice, mașinuțe, instrumente muzicale, mobilier de jucărie, veselă și tacâmuri de jucărie, legume, fructe etc. |  |  |
| 8. | Jocuri tip puzzle |  |  |
| 9. | Jocuri de asamblare (lego, piese de lemn pentru construcții) |  |  |
| 10. | Materiale ce vor fi utilizate ca motivație în sesiunile de terapie: baloane de săpun, jucării cu luminițe, instrumente muzicale, materiale senzoriale (sclipici, biluțe, nisip kinetic etc.), abțipilduri, păpuși de pus pe degete, mingi de diferite dimensiuni |  |  |

**Declar pe propria răspundere, cunoscând dispoziţiile art. 326 din Codul Penal cu privire la falsul în declaraţii, că datele completate în chestionar sunt conforme cu realitatea.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semnătura |  |  |
| **REPREZENTANT LEGAL/ ADMINISTRATOR** |  |  |

\*Răspunderea pentru completarea datelor îi revine reprezentantului legal/administratorului

**Capitolul 4.**

**CAS……………………………….**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unitatea de specialitate:** | **AVIZAT** | **NEAVIZAT** |
| **………………………………………………………………………………………..** |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Semnătura | Semnătura | Semnătura |

**DIRECTOR GENERAL DIRECTOR RELAŢII CONTRACTUALE MEDIC ŞEF**