|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Manylion defnyddiwr gwasanaeth:** | | | | | | |
| Enw: | | | Teitl: | Dyddiad Geni: | |  |
| Enw a ffefrir: |  | | |  | |  |
| Cyfeiriad: | | |  | Rhif GIG (os yn hysbys): | |  |
| Rhif M (os yn hysbys): | |  |
| E-bost: | | |  | Ffôn: | |  |
| Iaith a ffefrir: | | Ethnigrwydd: | | | Rhyw: | |
| Gwybodaeth o bwys diwylliannol: | | Statws cyflogaeth: | | | Dyddiad atgyfeirio: | |
| **Manylion atgyfeiriwr (os ydych yn hunanatgyfeirio, gadewch yr adran hon yn wag):** | | | | | | |
| Enw: | | | | Dyddiad yr atgyfeiriad: | | |
| Cyfeiriad: | | | | Proffesiwn/Rôl: | | |
| Ffôn:  Cyfeiriad e-bost: | | |
| Perthynas â’r person sydd eisiau asesiad: | | | | | | |
| Ydych chi wedi trafod yr atgyfeiriad gyda’r unigolyn? Y □ N □  Sylwer na dderbynnir atgyfeiriad heb gydsyniad ar sail gwybodaeth. A fyddech cystal â hysbysu’r cleient bod y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig yn dîm aml-asiantaeth felly gall staff awdurdod lleol ac iechyd gael mynediad i’r wybodaeth. | | | | | | |
| **Manylion Meddyg Teulu (os yn atgyfeiriwr):** | | | | | | |
| Enw: |  | | Ffôn: | | |  |
| Cyfeiriad: |  | | Cyfeiriad e-bost: | | |  |
| **Gweithwyr proffesiynol eraill sy’n cyfrannu:** | | | | | | |
|  | Enw | | Gwasanaeth | | | Manylion cyswllt |
| 1 |  | |  | | |  |
| 2 |  | |  | | |  |
| 3 |  | |  | | |  |
| **Hanes datblygiadol:** | | | | | | |
| *(e.e. oedi mewn cwrdd â cherrig milltir datblygu fel lleferydd; colli sgiliau oedd wedi eu caffael; ymddygiad anarferol yn ystod plentyndod; gwahaniaethau mewn rhyngweithiad a chyfathrebu; anghenion addysgol ychwanegol; ac ati?)* | | | | | | |
| **Rhyngweithio cymdeithasol:** | | | | | | |
| *(e.e. oes gan yr unigolyn anawsterau; creu a/neu gynnal perthynas; dealltwriaeth a rheoli emosiynau; deall emosiynau pobl eraill; deall rheolau cymdeithasol; ac ati?)* | | | | | | |
| **Cyfathrebu Cymdeithasol:** | | | | | | |
| *(e.e. anawsterau cyfathrebu anarferol; lleferydd anarferol; lleferydd ailadroddus; cyswllt llygad anarferol; llai o fynegiad neu ystum wynebol; problem deall a chymryd pethau yn llythrennol?)* | | | | | | |
| **Ymddygiad ailadroddus/cyfyngedig:** | | | | | | |
| *(e.e. canolbwyntio’n uchel ar ddiddordebau; cadw at arferion sy’n orfodol yn anarferol; gwrthwynebu newid; meddwl anhyblyg; ymddygiad ailadroddus neu ddefodau; cadw’n agos at reolau; symudiadau ailadroddus neu stereoteip ac ati?)* | | | | | | |
| **Gwahaniaethau synhwyraidd:** | | | | | | |
| *(Gwahaniaethau sylweddol mewn prosesu synhwyraidd? e.e. ddim yn sylwi ar boen; sylwi ar synau; arogl, blas neu fanylion gweledol nad yw eraill yn sylwi arnynt; anhawster gyda bwyd o ganlyniad i sensitifrwydd blas neu deimlad; osgoi cyffwrdd; gwahanol reoliadau tymheredd; wedi cynhyrfu gyda gormod o ysgogiad synhwyraidd; ac ati).* | | | | | | |
| **Rhowch wybodaeth ar y canlynol os gwelwch yn dda:** | | | | | | |
| Problemau cael neu gadw addysg neu gyflogaeth. |  | | | | | |
| Anawsterau dechrau neu gynnal perthynas gymdeithasol. |  | | | | | |
| Cyswllt blaenorol neu bresennol gyda gwasanaethau iechyd meddwl, anabledd dysgu neu niwroddatblygiadol |  | | | | | |
| Gwybodaeth ar unrhyw ddiagnosis arall e.e. iselder, anhwylder personoliaeth, ADHD ac ati. |  | | | | | |
| **Rhestrwch unrhyw ddogfennau eraill a amgaeir gyda’r atgyfeiriad hwn:** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Rhowch sylw ar unrhyw faterion perthnasol eraill sy’n ymwneud â risg e.e. diogelu oedolion/plant, system cyfiawnder troseddol, dibyniaeth ar alcohol/cyffuriau, meddwl am hunanladdiad, hunan-niwed ac ati?** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Unrhyw wybodaeth berthnasol arall, gan gynnwys anghenion penodol wrth gael mynediad i’r gwasanaeth;** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Pam bod asesiad posibl o awtistiaeth yn cael ei ystyried ar hyn o bryd a syniad pwy oedd o?** | | | | | | |
|  | | | | | | |

Bydd yr atgyfeiriad hwn yn cael ei drafod yn ein cyfarfod brysbennu wythnosol a byddwch yn cael eich hysbysu drwy lythyr am y canlyniad.

**Caniatâd**

Rwy’n deall drwy gydsynio i’r atgyfeiriad hwn fy mod yn cytuno i fynediad i asesiad diagnostig gan y gwasanaeth a’r sefydliadau sy’n gweithio gyda’r gwasanaeth.

Rwy’n deall y bydd y wybodaeth a gofnodir yn cael ei defnyddio i helpu gweithwyr proffesiynol ddeall pa gymorth rwyf ei angen ac y gall gael ei rannu gydag asiantaethau eraill fel rhan o’r broses.

Deallaf os nad wyf yn cytuno i rannu gwybodaeth gydag asiantaethau eraill yna gall hyn effeithio ar y gwasanaeth a ddarperir ac efallai na fyddaf yn derbyn unrhyw wasanaeth.

Deallaf y bydd y wybodaeth a gofnodir yn cael ei storio yn unol â’r Protocol Rhannu Gwybodaeth Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig a’i defnyddio at ddibenion darparu’r gefnogaeth a ofynnwyd amdani. Hefyd deallaf y caiff data dienw ei rhannu gyda phartneriaid allanol at ddiben monitro a gwerthuso.

(Os nad ydych yn cytuno i rannu’r wybodaeth hon yna peidiwch ag arwyddo’r ffurflen. Os ydych yn dymuno rhannu gwybodaeth gydag asiantaethau penodol yn unig neu nid rhannu gwybodaeth gydag asiantaethau, yna nodwch isod).

**Rwy’n deall y broses ac yn cytuno i’r wybodaeth hon gael ei rhannu**

**Rwy’n deall y broses ac yn cytuno i’r wybodaeth hon gael ei rhannu gyda’r asiantaethau canlynol yn unig**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Caniatâd** | **Dim yn rhoi caniatâd** |
| Ffynonellau Gwybodaeth |  | **X** |
| Meddyg Teulu |  |  |
| Gwasanaethau Iechyd Meddwl |  |  |
| Gwasanaethau Anabledd Dysgu |  |  |
| Gwasanaethau Cymdeithasol |  |  |
| Cyflogwr |  |  |
| Teulu |  |  |
| CAMHS |  |  |
| Addysg |  |  |
| **Canolfan Dyscovery (a all gynnal yr Asesiad Awtistiaeth ar ein rhan)** |  |  |
| Arall – e.e. Sector Preifat Perthnasol neu Sefydliad Trydydd Parti perthnasol |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Enw** |  |
| **Llofnod** |  |
| **Dyddiad** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Mae gan yr unigolyn ddiffyg gallu i wneud y penderfyniad i gydsynio felly mae angen gwneud penderfyniad lles pennaf ar pa un a ellir rhannu’r wybodaeth  Llofnod y Penderfynwr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Dyddiad  \_\_\_\_\_ |

Anfonwch yr atgyfeiriad hwn i:

**Gweinyddwr Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig**

**Y Gwasanaeth Awtistiaeth Integredig**

**Gweinyddu Llawr 2**

**Parc Iechyd Keir Hardie Prifysgol**

**Ffordd Aberdâr**

**Merthyr Tudful**

**CF48 1BZ**

**Neu e-bostiwch at: CTT\_IAS@wales.nhs.uk**

**Ffôn: 01443 715044**