



Ce formulaire doit être complété AVEC L'AIDE D'UN PROFESSIONNEL référent de la demande (psychiatre, assistant social...).

Pour que le dépôt de votre candidature soit validé, ce formulaire doit être **REMPLI DE MANIÈRE COMPLÈTE** et **ACCOMPAGNÉ DES ANNEXES SUIVANTES** :

1. Le traitement médicamenteux actuel, y compris les réserves
2. Le(s) dernier(s) rapport(s) d'hospitalisation psychiatrique
3. Une échelle de Katz

A envoyer **PAR COURRIER** : **MSP Sanatia, 45 rue du Collège 1050 Ixelles (à l'attention du service social)**

Ou **PAR MAIL** : **servicesocial.msp@valisana.be**

Pour toute information, veuillez contacter notre service social : **0471 70 96 70**

Ou le numéro général de la MSP Sanatia : **02 645 00 50**

Nom et prénom du candidat

Date de naissance

Tél. personnel

Adresse du domicile

Coordonnées du référent de la demande

Nom :

E-mail ou tel :

Date de la demande

ANAMNÈSE ACTUELLE

Symptomatologie, contexte de vie :

TABLEAU CLINIQUE ACTUEL

Diagnostic psychiatrique :

Niveau de conscience morbide :

Compliance au traitement :

Handicap mental ?

Consommation de toxiques ?

RENSEIGNEMENTS MÉDICO-LÉGAUX

Mesure de maintien de soins psychiatriques :

Dispositions légales restreignant les droits :

Statut de défense sociale :

Assistant de justice :

CENTRES D'INTÉRÊTS, ACTIVITÉS, LIEUX DE RENCONTRES FRÉQUENTÉS :

.....

INDICATIONS ET MOTIVATIONS DE LA CANDIDATURE :

.....

RÉSEAU DU CANDIDAT

Psychiatre ambulatoire :

Médecin traitant :

Personne de confiance officielle pour les soins médicaux (joindre copie de la désignation) :

Assistant social extérieur :

Psychologue extérieur :

Personnes ressources :

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Hospitalisations volontaires (motifs, années) :

MEO / maintiens antérieurs :

Suivis ambulatoires :

Tentative(s) de suicide :

Consommation de toxiques :

Période(s) d'abstinence :

Antécédents psychiatriques familiaux :

ANTÉCÉDENTS SOMATIQUES

Médicaux :

Chirurgicaux :

Allergies :

AUTRE(S) INFORMATION(S) IMPORTANTE(S) :

.....

Coller ici une vignette de mutuelle

Données administratives indispensables

Nous ne pouvons pas programmer d'admission sans ces informations.

Mutuelle													
Type de carte d'identité													
Numéro de registre national													
Code titulaire (CT1/CT2)													
Auprès de sa mutuelle, la personne est-elle à charge de quelqu'un ou a-t-elle quelqu'un à sa charge ?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Non</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Non								
<input type="checkbox"/>	Oui												
<input type="checkbox"/>	Non												
Cocher la case correspondante													
Coordonnées de l'administrateur de biens													
Où pouvons-nous adresser les factures de notre MSP ?													
La personne gère-t-elle sa carte bancaire ou doit-elle passer par une distribution en cash ?	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>La personne gère sa carte bancaire</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>La personne a besoin d'une distribution en cash. Montant par semaine :</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	La personne gère sa carte bancaire	<input type="checkbox"/>	La personne a besoin d'une distribution en cash. Montant par semaine :								
<input type="checkbox"/>	La personne gère sa carte bancaire												
<input type="checkbox"/>	La personne a besoin d'une distribution en cash. Montant par semaine :												
Cocher la case correspondante													
Origine des revenus (si aide du CPAS, préciser les coordonnées du/de la gestionnaire du dossier)	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>CPAS Coordonnées :</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Mutuelle</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Chômage</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Allocations SPF DG Personnes Handicapées</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Pension</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Autre Préciser :</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	CPAS Coordonnées :	<input type="checkbox"/>	Mutuelle	<input type="checkbox"/>	Chômage	<input type="checkbox"/>	Allocations SPF DG Personnes Handicapées	<input type="checkbox"/>	Pension	<input type="checkbox"/>	Autre Préciser :
<input type="checkbox"/>	CPAS Coordonnées :												
<input type="checkbox"/>	Mutuelle												
<input type="checkbox"/>	Chômage												
<input type="checkbox"/>	Allocations SPF DG Personnes Handicapées												
<input type="checkbox"/>	Pension												
<input type="checkbox"/>	Autre Préciser :												
Cocher les cases correspondantes													
<p>! Si les frais de séjour sont pris en charge par un CPAS, un réquisitoire sera nécessaire avant l'admission !</p> <p>Un accord de prise en charge est insuffisant.</p>													
Cocher la catégorie de l'Allocation d'Intégration de la reconnaissance de handicap	<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Catégorie 1 (7 ou 8 points d'autonomie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Catégorie 2 (9 à 11 points d'autonomie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Catégorie 3 (12 à 14 points d'autonomie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Catégorie 4 (15 ou 16 points d'autonomie)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Catégorie 5 (17 ou 18 points d'autonomie)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Catégorie 1 (7 ou 8 points d'autonomie)	<input type="checkbox"/>	Catégorie 2 (9 à 11 points d'autonomie)	<input type="checkbox"/>	Catégorie 3 (12 à 14 points d'autonomie)	<input type="checkbox"/>	Catégorie 4 (15 ou 16 points d'autonomie)	<input type="checkbox"/>	Catégorie 5 (17 ou 18 points d'autonomie)		
<input type="checkbox"/>	Catégorie 1 (7 ou 8 points d'autonomie)												
<input type="checkbox"/>	Catégorie 2 (9 à 11 points d'autonomie)												
<input type="checkbox"/>	Catégorie 3 (12 à 14 points d'autonomie)												
<input type="checkbox"/>	Catégorie 4 (15 ou 16 points d'autonomie)												
<input type="checkbox"/>	Catégorie 5 (17 ou 18 points d'autonomie)												
Joindre une attestation de reconnaissance de handicap													

Pour toute éventuelle question, veuillez contacter le service social :
servicesocial.msp@valisana.be