

ASBL L'Arbre Vert
Rue d'Esquermes, 10A
7603 Péruwelz
TEL : 069780488
contact@hp-arbrevert.be



Candidature

Afin que la demande puisse être prise en compte, il est important de joindre les documents suivants à la demande d'admission :

- o Un accord écrit de l'administrateur de bien éventuel ;
- o Une copie de la feuille de lecture de la carte d'identité ;
- o Une copie des conditions de libération pour les usagers sous le statut de défense sociale ;
- o Un rapport médical complet rédigé par le médecin psychiatre reprenant les informations suivantes : diagnostic DSM axe I, II, III - traitement - médecin psychiatre de référence - service hospitalier de référence - hospitalisations précédentes - projet ;

Service qui introduit la demande:

Date de la demande :

Nom et coordonnées de la personne de contact :

.....
.....
.....

A : DONNEES ADMINISTRATIVES

Nom :
Prénom :
Sexe :
Adresse :

Nationalité :
Lieu et date de naissance :
Etat civil :

Numéro national :
Numéro de carte d'identité :
Numéro de téléphone ou de GSM :
Adresse email :

SITUATION FAMILIALE:

Composition familiale :
.....
.....
.....

Nom et coordonnées de la personne à contacter en cas de besoin :
.....
.....
.....

PARCOURS SCOLAIRE, PROFESSIONNEL, OCCUPATIONNEL :

- Scolarité :
Type d'enseignement suivi :
 O général O technique O professionnel O spécialisé
Etudes effectuées :
Diplôme obtenu :
 O CEB (primaires) O CESS (secondaire) O Graduat O Universitaire

- Profession exercée :_

.....
.....
.....

- Passé occupationnel (loisirs, centre de jour, bénévolat, ...) :_

.....
.....
.....

B : RESEIGNEMENTS SOCIAUX

ORIGINE DES REVENUS:

Source des revenus:

Montant des revenus :

Charges éventuelles:

Nom et coordonnées de l'administrateur de biens, du médiateur de dettes ou de la personne s'occupant de la guidance budgétaire:

.....
.....
.....

Coordonnées du CPAS compétent :

.....
.....
.....

Nom et coordonnées de la personne de contact :

.....
.....
.....

MUTUELLE:

Nom et coordonnées de la mutualité :

Matricule:

Qualité:

Codes:

BIM : *O oui O non*

STATUT JURIDIQUE (lois du 26/06/90 et du 18/07/91 et de D.S.):

**Complétez la ou les mentions adéquates.*

- Libéré(e) à l'essai en date du :
- Internement en date du :
- Qualification légale des faits :
- Chambre de Protection Sociale : *O Mons O Liège O Bxl O Gent O Antwerpen*

- Mise en observation en date du :
- Postcure jusqu'au :

INTERVENANTS EXTÉRIEURS

- Assistant de justice :
- Equipe mobile :
- SAJ/SPJ :
- Autres :

C : HISTOIRE ET EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE

ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX :

- Maladies somatiques (diabète, cholestérol, épilepsie, ...) :
- Interventions chirurgicales :
- Allergies (médicaments, aliments, ...) :
- Infections transmissibles (hépatite, HIV, tuberculose, ...) :

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX

Si injection, merci de préciser la fréquence.

<u>Nom</u>	<u>Matin</u>	<u>Midi</u>	<u>Soir</u>	<u>Coucher</u>

REFERENTS MEDICAUX

- Nom et coordonnées du médecin psychiatre:

.....
.....
.....

- Nom et coordonnées du médecin généraliste ou de la maison médicale :

.....
.....
.....

- Nom et coordonnées du médecin spécialiste :

.....
.....
.....

- Autres :

.....
.....
.....

PARCOURS PSYCHIATRIQUE ET/OU INSTITUTIONNEL:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

D : ACTIVITES DE LA VIE QUOTIDIENNE

VIE JOURNALIERE :

- Hygiène personnelle : capacité à prendre soin de soi (toilette, cheveux, vêtements propres, ...)

.....
.....
.....

- Santé : capacité à prendre les mesures nécessaires pour maintenir une bonne santé (soins, rendez-vous médicaux, ...)

.....
.....
.....

- Hygiène du lieu de vie : capacité à entretenir son lieu de vie et à le maintenir propre et rangé

.....
.....
.....

- Courses : capacité à effectuer des achats alimentaires selon son budget

.....

.....

- Alimentation : capacité à cuisiner des repas simples et équilibrés

.....

.....

- Médication : capacité à gérer seul son traitement, sans oubli
ou surconsommation

.....

.....

- Gestion administrative : capacité à gérer le courrier et les
différentes démarches administratives

.....

.....

- Gestion financière : capacité à gérer son revenu mensuel ou son argent de
poche hebdomadaire

.....

.....

- Mobilité : capacité à se déplacer seul sur de longues distances, capacités
à monter les escaliers

.....

.....

- Utilisation des transports en commun : capacité à prendre les transports en
commun (bus, train, ...)

.....

.....

ACTIVITES :

Capacité à aller vers l'extérieur pour participer à des activités individuelles
ou de groupe

.....

.....

RELATIONS :

Capacité à entrer en relation avec d'autres personnes (solitaire, ouvert, ...)

.....

.....

ADDICTIONS :

Consommation de produits toxiques (cannabis, héroïne, alcool, ...). *Merci d'indiquer le type de produit consommé, ainsi que la fréquence*

E : ACCORD DE REPRISE

A compléter par le médecin psychiatre.

En cas d'impossibilité de poursuivre le projet de vie en Habitations Protégées suite à des difficultés psychiques, le service s'engage à reprendre la personne dans les plus brefs délais.

Date et signature du Médecin