

Dossier de candidature PHILEAS

A renvoyer à Gaëlle MEUNIER, coordinatrice du trajet de soins internés
(gaelle.meunier@saintmartin.ofc.be ; 081.31.54.64)

Ce dossier à compléter comprend quatre volets :

1. Renseignements généraux et administratifs
2. Renseignements médicaux
3. Renseignements judiciaires
4. Projet de réinsertion

A ce dossier, les documents suivants peuvent également être joint :

- Les antécédents médicaux et les traitements passés et en cours.
- Les résultats de testings (PCL-R, HCR-20, Q.I...)
- L'exposé des faits
- L'expertise psychiatrique
- L'ordonnance d'internement

L'analyse de la candidature du patient ne sera effectuée qu'après réception de ce dossier dûment complété.

**UPML PHILEAS
H.N.P. Saint-Martin
84 rue Saint-Hubert
5100 Dave**

1. Renseignements généraux et administratifs

Nom : Prénom :
Date de naissance : / / Sexe : M / F
Nationalité : Etat Civil :

Adresse:
.....
.....
.....
.....

N° registre national:

Type de titre de séjour :

Administrateurs de biens : OUI / NON

Nom et prénom, fonction :.....
Adresse :

.....
Tél. :

Situation I.N.A.M.I avant internement :

Dénomination de la mutuelle :.....

N° d'affiliation :.....

Ressources financières :

Montant mensuel des ressources financières :

CPAS compétent :

Situation familiale

<input type="checkbox"/> Cohabitant	<input type="checkbox"/> Famille parentale	<input type="checkbox"/> Isolé	<input type="checkbox"/> Parent isolé avec enfant(s)
-------------------------------------	--	--------------------------------	--

Enfants

Nom et prénom	Enfant cohabitant ?	Lien de parenté	Age

Personne(s) de contact sur le plan familial :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Lien de parenté :

Tél. :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Lien de parenté :

Tél. :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

Lien de parenté :

Tél. :

Histoire familiale / biographie :

Parcours scolaire / professionnel :

2. Renseignements médicaux

Traitement actuel (types de médicaments, dosages, modes d'administrations, fréquences des prises) :

Risques médicaux particuliers (allergies,...) :

Problèmes somatiques :

Problèmes psychiatriques + diagnostic :

Consommation de psychotropes, alcool, tabac :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Consommation actuelle :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Consommation actuelle :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Consommation actuelle :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Consommation actuelle :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Consommation actuelle :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Consommation actuelle :

Régime alimentaire (diabétique, hypocalorique, sans sel, sans porc, végétarien,...) :

Prise(s) en charge antérieure(s)

Type de prise en charge	Motif de la prise en charge	Identification	De...	A...	Personne de contact

3. Renseignements judiciaires

Le patient est actuellement en séjour :

EDS de

Annexe psychiatrique de

Le patient dépend de la Chambre de Protection Sociale de

Statut actuel du patient

Date prévue pour la prochaine comparution en CPS / /

Avocat > Nom et prénom :

Adresse :

Tél :

Délit(s) à l'origine de l'internement :

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

Le patient est incarcéré depuis le / /

Le patient est interné depuis le / /

Antécédents judiciaires (Condamnations, internements, natures des délits, réintégrations) :

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

4. Projet de réinsertion

Souhait du patient en terme de projet de vie et de réinsertion :

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

Démarches déjà réalisées dans le cadre du projet de réinsertion :

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

Avis de l'équipe psycho-sociale de l'EDS (ou de l'annexe psychiatrique) quant au projet de vie (réalisme, ressources, motivation,...) :

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

Commentaires :

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

Ce dossier a été complété le /.... /....

Par.....(Nom, prénom et fonction)

.....
.....

Coordonnées :.....

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

Signature