

## **Dossier de candidature**

# **PHILEAS**

A renvoyer à Gaëlle MEUNIER, coordinatrice du trajet de soins internés  
([gaelle.meunier@saintmartin.ofc.be](mailto: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