

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 deux volets :

1. Volet « expertise »
 - Renseignements généraux et administratifs
 - Renseignements judiciaires
 - Projet de réinsertion

2. Volet « soin »
 - Renseignements médicaux
 - Evaluation du quotidien

A ce dossier, les **documents suivants doivent être également joint :**

- Rapport d'évaluation psycho-sociale
- Feuille de traitement

Et en complément,

- L'ordonnance d'internement
- L'exposé des faits
- L'expertise psychiatrique
- Les résultats de testings (PCL-R, HCR-20, Q.I...)
- Dossier médical somatique

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

NB : pour les informations figurant déjà dans le rapport d'évaluation psycho-social transmis, des renvois vers ce rapport sont possibles.

VOLET « EXPERTISE »

1. Renseignements généraux et administratifs

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : M / F / X

Nationalité :

Etat Civil :

Adresse:

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

N° registre national:

Type de titre de séjour :

(joindre document si autre titre de séjour que carte d'identité belge)

Administrateurs de biens : OUI / NON

Nom, prénom, fonction :

Adresse :

Tél. :

Situation I.N.A.M.I

Dénomination de la mutuelle :

N° d'affiliation :

Ressources financières :

Montant mensuel (avant incarcération):

CPAS compétent (si d'application) :

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	Age	Enfant cohabitant ?

Personne(s) de contact/ proches

Nom et prénom :.....
 Adresse :

 Tél. :
 Lien de parenté :.....

Nom et prénom :.....
 Adresse :

 Tél. :
 Lien de parenté :.....

Nom et prénom :.....
 Adresse :

 Tél. :
 Lien de parenté :.....

2. Renseignements judiciaires

EDS/HPS de

Annexe psychiatrique de

Autre lieu de vie :

Chambre de Protection Sociale :

Statut actuel du patient (interné, suspension/révocation, libéré à l'essai, non-exécuté).....

Le patient est incarcéré depuis le .../.../.....
Le patient est interné depuis le .../.../.....

Avocat > Nom et prénom :.....
Adresse :

Tél :

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

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

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

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

3. 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/ candidature introduite dans un autre établissement de soin :

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

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

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

Commentaires :

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

.....

VOLET « SOIN »

4. Renseignements médicaux

Traitement actuel (types de médicaments, dosages, modes d'administrations, fréquences des prises) : → merci de joindre la feuille de traitement

Compliance au traitement ? :

Troubles psychiatriques + diagnostic :

Etat mental actuel :

Pathologies somatiques :

Risques médicaux particuliers (allergies,...) :

Vaccination (en ordre/dernier rappel) (tétanos,...) :

Consommation de psychotropes, alcool, tabac :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Fréquence :

Consommation actuelle (oui-non + fréquence) :

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Fréquence :

Consommation actuelle (oui-non + fréquence) ::

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Fréquence :

Consommation actuelle (oui-non + fréquence) ::

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Fréquence :

Consommation actuelle (oui-non + fréquence) ::

Type de produit :

Durée de consommation/dépendance :

Fréquence :

Consommation actuelle (oui-non + fréquence) ::

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

Prise(s) en charge de soin antérieure(s)

Type de prise en charge (hospitalisation, suivi ambulatoire, centre de jour,...)	Motif de la prise en charge	Lieu de prise en charge	De...	A...	Personne de contact

5. Informations concernant le quotidien

Comportement :

Relations avec les autres :

Participation aux activités :

Suivi psychologique :

Conscience de la maladie :

Autres informations :

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

Par (noms, prénoms et fonctions)

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