

ZONE RÉSERVÉE À L'IHP

Date de réception de la candidature : _____

Complète: Oui Non _____

Date RDV 1: _____ Réception de la candidature: _____

Date RDV 2: _____

SERVICE ENVOYEUR

Nom du Service

Personne de contact

Téléphone _____ E-Mail _____

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS GÉNÉRAUX

Nom

Prénom

Date de Naissance _____ / _____ / _____ Sexe M F

Adresse

Téléphone _____ E-Mail _____

N° Registre National

N° Carte d'Identité

Nationalité _____ Etat Civil _____

Mutuelle

Coller une vignette de Mutuelle



SITUATION JURIDIQUE

ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

Des Biens De la personne Non

Nom

Adresse

Téléphone

E-Mail

PERSONNE DE CONFIANCE

Oui Non

Nom

Adresse

Téléphone

E-Mail

MÉDIATEUR DE DETTES

Oui Non

Nom

Adresse

Téléphone

E-Mail

MESURE DE MAINTIEN

Oui Non

Date de début

Lieu

Date de fin

INTERNEMENT

Date du jugement

CPS

Assistant de Justice

Avocat

Psychiatre de
Tutelle

Equipe
Mobile

**STUATION SOCIALE ET FINANCIERE****SOURCES DE REVENUS**

CPAS
 Montant _____ CPAS Compétent _____
 Assistant(e) Social(e) _____
 Téléphone _____ E-Mail _____

Mutuelle
 Montant _____

Chômage
 Montant _____ Organisme de paiement _____

Allocation du SPF (Handicap)
 Montant _____
 Si la demande est en cours, date d'introduction? _____ / _____ / _____

Autres
 Montant _____ Source _____
 Montant _____ Source _____

A.V.I.Q / PHARE / V.A.P.H
 N°d'inscription _____ Bureau Provincial _____

RÉCAPITULATIF DES CHARGES

Dettes		
Créanciers	Montant	Remarques



PARCOURS SCOLAIRE, PROFESSIONNEL

Type

Aucun

Normal

Spécial

Niveau

Aucun

Primaire

Secondaire inférieur

Secondaire supérieur

Enseignement Supérieur

Enseignement Universitaire

Général

Technique

Professionnel

Formation

Emploi Actuel et/ou passé professionnel

Projets

SITUATION FAMILIALE

COMPOSITION DE MÉNAGE

DONNÉES MÉDICALES

TRAITEMENTS ACTUELS

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher	Remarques

Date de la dernière injection? _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Aucun
 Allergie _____
 Diabète
 Type _____

Neurologique
 Cardiovasculaire
 Respiratoire
 Infection chronique
 Autre _____

Utilisez-vous de l'insuline? Oui Non

Problème(s) actuel(s)



DONNÉES MÉDICALES

Parcours psychiatrique et/ou institutionnel

Diagnostic psychiatrique

PSYCHIATRE TRAITANT

Nom

Adresse

Téléphone

 E-Mail

MÉDECIN TRAITANT

Nom

Adresse

Téléphone

 E-Mail



IHPAPERTURA

CONSOMMATIONS

CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES

Produits	Fréquence	Si sevrage, depuis quand

PERSONNES RESSOURCES

LIEN:

Nom

Adresse

Téléphone

E-Mail

LIEN:

Nom

Adresse

Téléphone

E-Mail

LIEN:

Nom

Adresse

Téléphone

E-Mail



A COMPLÉTER PAR LE PATIENT

Pourquoi voulez-vous intégrer une habitation protégée?

Quelles sont vos activités régulières? (ou celle que vous envisagez dans le futur)

DOCUMENTS À FOURNIR

- Copie recto/verso de votre carte d'identité
- Un rapport médical psychiatrique récent
- Jugement avec accord du patient

Dossier à renvoyer par mail à l'adresse suivante: info.ihpapertura@silva-medical.be