

Concerne :

Nom du patient* :

Prénom du patient* :

Sexe* : M F

Etat Civil* :

Nationalité* :

Date de naissance* : / /

Adresse* :

Langue* :

Tel / Gsm du patient* :

Email :

Médecin traitant* :

Médecin psychiatre :

Coordonnées du demandeur :

Identification du demandeur* : Patient Service Social
 Médecin Autre :

Nom* :

Prénom* :

Tel / Gsm* :

Situation médicale :

Patient hospitalisé
actuellement* : Oui Non

↳ Si oui, dans quel établissement et depuis quand* :

↳ Si oui, motifs de l'hospitalisation actuelle* :

↳ Si oui, raison de votre demande à Sans Souci* :

Antécédents psychiatriques et
médicaux :

Hospitalisation antérieures (où et
quand ?) :

Rapport médical si possible : Veuillez les joindre en annexe

Quels sont les intervenants déjà en charge de ce patient en ambulatoire*?

Y a-t-il un risque suicidaire élevé*? Oui Non Difficile à définir

Avez-vous des allergies alimentaires*? Oui Non

↳ Si oui, précisez :*

Avez-vous un régime particulière*? Oui Non

↳ Si oui, précisez :*

Y a-t-il un problème de mobilité (escalier...)*? Oui Non

Médication actuelle* :

Projet de relais au-delà de l'hospitalisation? Oui Non

↳ Si oui, précisez :*

Situation sociale (Assurabilité) :

Mutuelle* :

Numéro national* : . . - .

Statut BIM (VIPO)* : Oui Non

Nécessite un réquisitoire CPAS* : Oui Non

↳ Si oui, quel CPAS ? *

Assurance privée d'hospitalisation complémentaire* : Oui Non

Choix de la chambre : Privée (avec suppléments) Commune (tarification INAMI)

Ressources* : Indemnités de mutuelle Revenu intégration sociale
 Allocations handicapé Revenu de travail
 Revenu de chômage Autres :

Aucune

Lieu de vie habituel* : Logement personnel MSP
 Habitation protégée Autres :

Situation professionnelle* : Indépendant Sans emploi
 Salarié Autres :

Situation Juridique :

Administration provisoire de biens* : Oui Non

↳ Si oui, coordonnées de l'administrateur:*

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

Médiation de dettes* : Oui Non

↳ Si oui, coordonnées du médiateur:*

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

Mesure de maintien* : Oui Non

↳ Si oui, lieu et durée:*

.....
.....

Postcure (internement) : Oui Non
