



Formulaire de demande d'accompagnement par l'ISPA

Pour faciliter notre travail, veuillez compléter un maximum des informations demandées ci-dessous. Les éléments notés d'un astérisque sont indispensables pour introduire une demande.

Le futur consultant

*Date :

*Nom : *Prénom :

*Date de naissance : Lieu de naissance :

*Adresse :

*Téléphone :

Lieu de vie actuel : Domicile Institution

*N° National :

*Mutuelle et statut :

État civil : Célibataire Marié/Cohabitant légal Séparé Veuf Divorcé

Avec qui vit le consultant : Nombre d'enfants :

Nationalité : Langue maternelle :

Profession :

Type de revenus : Salaire Chômage Pension Allocation de remplacement Sans revenu
 Revenu d'intégration sociale Autre :

Niveau Scolaire : Pas d'enseignement Maternelle Primaire Secondaire Supérieur non universitaire Universitaire Formation CEFA Contrat d'apprentissage Autre :

Statut Juridique : Administration des biens Admin. de la personne Aucun Autre :

*La personne a-t-elle déjà consulté un psychologue, psychiatre ou été hospitalisée pour des raisons de santé mentale ? Oui Non Commentaire :

Niveau d'entourage familial et social ? Sans ressource Peu de ressource Avec ressource

Si la personne réside en MR/MRS actuellement :

*Nom de l'institution :

*Étage : *Numéro de chambre :

*Depuis quand la personne y réside et pour quelle(s) raison(s) ?

L'envoyeur (le service demandeur, la personne qui conseille, etc.)

*Nom et prénom :

*Service et fonction ou lien avec le consultant :

Adresse :

*Téléphone et E-mail :

*La personne a-t-elle marqué son accord de rencontrer un membre de l'ISPA (psychologue, assistante sociale, psychiatre, etc.) ? Oui Oui mais réticente

Il est **indispensable** que la personne soit informée de la date de notre rendez-vous et de nos tarifs. Commentaire :

Réseau

Famille/personnes proches/personnes de référence	
Personne de référence	Nom : Prénom : Lien avec le futur consultant : Adresse : Téléphone : E-mail :
Personne de référence	Nom : Prénom : Lien avec le futur consultant : Adresse : Téléphone : E-mail :
Personne de référence	Nom : Prénom : Lien avec le futur consultant : Adresse : Téléphone : E-mail :
Réseau médical	
* Médecin généraliste traitant	Nom : Prénom : Adresse : Téléphone : E-mail :
Psychiatre traitant	Nom : Prénom : Adresse : Téléphone : E-mail :
Autre médecin proche	Nom : Prénom : Adresse : Téléphone : E-mail :
Services d'aide à domicile	
Service d'aide familiale	Nom du service: Personne de référence : Adresse : Téléphone : E-mail :
Service d'aide-ménagère ou assimilé	Nom du service: Personne de référence : Adresse : Téléphone : E-mail :
Soins infirmiers à domicile	Nom du service: Personne de référence : Adresse : Téléphone : E-mail :
Service de coordination de soins	Nom du service: Personne de référence : Adresse : Téléphone : E-mail :
Services sociaux	
CPAS	Personne de référence : Adresse : Téléphone : E-mail :
*Gestionnaire de bien	Nom : Prénom : Adresse : Téléphone : E-mail :

S'il y a un gestionnaire de bien, nous vous demandons de l'informer de votre démarche et de nos tarifs.

