



## 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

<b>Famille/personnes proches/personnes de référence</b>	
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 :
<b>Réseau médical</b>	
* 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 :
<b>Services d'aide à domicile</b>	
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 :
<b>Services sociaux</b>	
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.

