



IHPAPERTURA

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



IHPAPERTURA

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



IHPAPERTURA

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



IHPAPERTURA

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



IHPAPERTURA

DONNÉES MÉDICALES

TRAITEMENTS ACTUELS

Nom du médicament	Dosage	Matin	Midi	Soir	Coucher	Remarques

Date de la dernière injection? _____

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Aucun
 Allergie _____
 Diabète
Type _____

Utilisez-vous de l'insuline? Oui Non

Neurologique
 Cardiovasculaire
 Respiratoire
 Infection chronique
 Autre _____

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



IHPAPERTURA

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