



**SILVA** medical  
Groupe hospitalier et de soins

# DOSSIER D'ADMISSION

## A COMPLETER PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE

Le patient marque son consentement au partage d'informations personnelles et confidentielles entre professionnels de la santé dans le cadre de sa demande d'admission.

Oui     Non

## COORDONNÉES DU PATIENT

---

NOM du patient : .....

PRENOM du patient : .....

Sexe : M  F

Nationalité : .....

Lieu et date de naissance : .....

Adresse légale : .....

.....

Si SDF, adresse de référence : .....

.....

Langue : .....

Téléphone du patient : .....

Téléphone de proche à prévenir : .....

Email du patient (ou celui du proche) : .....

Médecin traitant : .....

Médecin psychiatre : .....

Psychologue : .....

## COORDONNÉES DU DEMANDEUR

---

Identification du demandeur :

patient     médecin     service social     autre

NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....



**SITUATION MÉDICALE :**

---

-Motif de l'admission : .....

-Unité souhaitée :

NEMOS :Unité psychiatrie générale

AUBIER : Unité addictologie

BAOBAB : Unité d'hospitalisation trajet de soins internés

-Demandes du patient : .....

-Objectifs du patient : .....

-Patient hospitalisé : oui\*  non

Si oui\*, dans quel établissement et depuis quand : .....

Si oui\*, motifs de l'hospitalisation actuelle : .....

Veillez joindre à la demande d'admission les rapports suivants :

un rapport médical

un rapport d'hospitalisation

un rapport psycho-social

**ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES :**

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

**ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX :**

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



HOSPITALISATION(S) ANTÉRIEURE(S) (veuillez joindre, avec accord du patient, les rapports d'hospitalisation)

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

Risque suicidaire :       oui     non     difficile à définir  
Troubles cognitifs :       oui     non  
Risque d'errance :       oui     non  
Conduites addictives :    oui     non

Si oui précisez : .....

Tabac :                       oui     non  
Troubles alimentaires :  oui     non

Si oui précisez : .....

Automutilation :  oui    non

**AUTONOMIE DU PATIENT :**

① Autonome / ② Aide de soutien / ③ Aide partielle / ④ Dépendance totale

| Niveau d'aide | Items  |
|---------------|--|
| ① ② ③ ④       | Se laver : <input type="checkbox"/> au lit / <input type="checkbox"/> au lavabo          |
| ① ② ③ ④       | <input type="checkbox"/> Utiliser les toilettes / <input type="checkbox"/> Chaise percée |
| ① ② ③ ④       | Se déplacer dans le lit  |
| ① ② ③ ④       | Effectuer des transferts – <i>Aide nécessaire</i> :                                      |
| ① ② ③ ④       | Marcher – <i>Aide nécessaire</i> :   |





**SITUATION SOCIALE :**

---

➤ **Assurabilité :**

Mutuelle : ..... Code tit. : ..... / .....

Dossier en ordre :  oui  non

Si non, quelles démarches sont en cours : .....

.....

Numéro national : .....

Statu Bim (VIPO) :  oui  non

Assurance privée hospitalisation :  oui \*  non

\* Personne de contact ? .....

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

➤ **Handicap :**

Reconnaissance SPF :  oui\*  non

\* N° de dossier : .....

Inscription AVIQ/PHARE/VDAB :  oui\*  non

\* N° de dossier : .....

➤ **Situation financière :**

Ressources :  Indemnités de mutuelle

Allocations handicapé

Revenu de chômage

Revenu intégration sociale

Revenu de travail

Aucunes

Autres à préciser : .....

Nécessite un réquisitoire :  oui \*  non

\* Quel C.P.A.S compétent. ? .....

\* Nom de la personne en charge du dossier + coordonnées .....

.....

\* Numéro de dossier .....

Dettes :  oui \*  non

\* A préciser : .....



➤ **Situation professionnelle :**

- Salarié     Indépendant     Pensionné     Sans emploi  
 Autres à préciser:

➤ **Situation sociale :**

Etat civil : .....

Enfant : .....

Lieu de vie habituel :

- Logement personnel     Logement social     MSP     Habitation protégée

- SDF     Autres à préciser : .....

Personne de contact + coordonnées : .....

.....

**PROJET APRÈS L'HOPITALISATION**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Démarches déjà effectuées par le service social :

.....

.....

Nom et téléphone de l'assistant social :

.....

.....



**SITUATION JURIDIQUE**

---

Administrateur provisoire de biens :  oui  non

\* Coordonnées de l'administrateur : .....

Médiation de dettes :  oui  non

\* Coordonnées du médiateur : .....

Mesure de maintien :  oui  non

Si oui, lieu et date de début et date de fin : .....

Obligation de soin (préciser et joindre le document) :  oui  non

Si mesure d'internement, veuillez compléter la feuille 8



## RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES

---

Patient séjournant actuellement à .....

Date du jugement d'internement : .....

Le patient dépend de la Chambre de Protection Sociale de .....

Avocat : .....

Assistant de Justice : .....

Psychiatre de Tutelle : .....

Equipe Mobile : .....

### Personnes ressources :

NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

NOM et PRENOM : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Email : .....

### Documents à fournir : (dans la mesure du possible)

- Copie recto/verso de la carte d'identité
- Rapport SPS
- Jugement (avec accord du patient)
- Bilans, testings, et autres rapports médicaux