

Version septembre 2019

FORMULAIRE 2 – Document médical

Ce formulaire complète la demande d'admission (FORMULAIRE 1) de la personne qui demande son inscription au Service PHARE. Il doit être complété et signé par le médecin.

Il est composé de deux parties :

PARTIE 1 - Note explicative (à conserver par le médecin).....	1
PARTIE 2 – Formulaire (à envoyer au Service PHARE).....	4

o o o

PARTIE 1 - Note explicative (à conserver par le médecin)

Chère Consœur, Cher Confrère,

Afin d'avoir une idée précise des capacités fonctionnelles de la personne handicapée et des difficultés qu'elle rencontre dans sa vie quotidienne, il est important via ce formulaire complété de bénéficier d'un maximum d'informations de votre part. Seules les rubriques en rapport avec le handicap doivent être détaillées de la manière la plus complète possible.

Ce formulaire peut éventuellement être remplacé par tout document médical récent comportant les mêmes renseignements.

Les réponses apportées dans ce formulaire permettront de vérifier si votre patient(e) répond aux conditions médicales pour être admis(e).

Le médecin du Service PHARE

Qui peut être admis ?

Pour être admise, la personne doit présenter un handicap qui résulte d'une limitation d'au moins 30 % de sa capacité physique et/ou d'au moins 20 % de sa capacité mentale.

Par handicap, il faut entendre le désavantage social résultant d'une ou de plusieurs incapacités résultant d'une déficience physique, sensorielle, mentale cognitive durable dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à sa pleine et effective participation à la société sur base de l'égalité avec les autres.

Si un handicap est manifestement constaté, sans que l'un des taux mentionnés ci-dessus ne soit atteint, la personne peut néanmoins être admise compte tenu des répercussions effectives de la limitation constatée.

Le handicap est pris en considération sur base d'une évaluation réalisée par une équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue,...) sur base des éléments rassemblés notamment via ce formulaire médical.

A quoi sert l'admission au Service PHARE ?

Par exemple :

- recevoir le remboursement d'une aide matérielle ;
- bénéficier d'une aide dans le cadre de la formation ou d'un emploi dans le secteur ordinaire ;
- recevoir une autorisation pour travailler dans une entreprise de travail adapté ;
- recevoir une intervention dans des frais de déplacement ;
- bénéficier d'un accueil en centre de jour et/ou en centre d'hébergement.

Compléter et envoyer le formulaire

Pour contacter le médecin du Service PHARE

Téléphone : 02 800 83 08

Mail : medecin.phare@spfb.brussels

Envoyer le formulaire médical au Service PHARE

Soit par courrier envoyé ou déposé à l'adresse suivante (sous pli fermé confidentiel à l'attention du médecin du Service PHARE) :

Service PHARE
A l'attention du Docteur Dikete
Rue des Palais, 42
1030 Bruxelles

Soit via l'adresse électronique suivante : medecin.phare@spfb.brussels (cette adresse n'est relevée que par le médecin du Service PHARE)

Soit en le donnant à la personne handicapée qui l'enverra après ou en même temps que sa demande d'admission (FORMULAIRE 1).

Informations relatives au respect de la vie privée

Toutes les données à caractère personnel reprises dans le présent document sont traitées dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Toute personne dispose du droit de consulter les informations qui la concernent et, si nécessaire, de les faire rectifier en contactant le service responsable du traitement (Service PHARE - Rue des Palais, 42 – 1030 Bruxelles).

Vous trouverez plus d'informations sur le site internet du Service PHARE : www.phare.irisnet.be

• • •

FORMULAIRE 2

-

Document médical

PARTIE 2 – Formulaire (à envoyer au Service PHARE)

Je soussigné(e), Docteur en médecine,

Nom :

Prénom :

Institution (éventuellement) :

Téléphone : Fax :

GSM :

Mail :

déclare avoir examiné en date du : / /

Identité de la personne examinée

Nom¹ :

Prénoms :

Date de naissance : / /

Diagnostic

Veillez énumérer la ou les déficiences :

.....

.....

.....

.....

.....

¹ Écrire le nom en majuscules

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date d'apparition de la ou des déficience(s) :

.....

.....

.....

Répercussions fonctionnelles des déficiences

Veillez décrire quelles sont selon vous, les difficultés liées au(x) handicap(s) de votre patient(e) qui se répercutent dans sa vie courante : vie sociale, familiale, professionnelle...

Merci d'être complet.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Description par système

Système locomoteur (membres inférieurs + membres supérieurs + colonne vertébrale)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

La personne est-elle usagère d'une voiturette ?

Oui Non

Si oui, de quel type ?

.....

Systeme nerveux et organes des sens

a. Atteinte neurologique

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

b. Système visuel

Description de la pathologie (joindre rapport ophtalmologique) :

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

Acuité visuelle :

Sans correction : O.D. : O.G. :

Avec correction : O.D. : O.G. :

c. Système auditif

Description de la pathologie (joindre audiogramme et/ou rapport ORL) :

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

d. Expression orale

Description de la pathologie :

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

Systeme cardio-vasculaire

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

Systeme respiratoire

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

Systeme génito-urinaire (veuillez mentionner les problèmes de continence)

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

Systeme digestif, systeme sanguin et ganglionnaire, affections dermatologiques

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

Autres pathologies éventuelles

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

Atteinte des facultés intellectuelles (QI si possible)

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

Problématique de santé mentale et dépendances

Nom du psychiatre ou du médecin assurant le suivi psychologique :

.....

Nom du service :

.....

Téléphone :

Mail :

a. Pathologies psychiatriques

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

b. Troubles du comportement

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

c. Assuétude(s)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Traitement actuel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

Veillez répondre aux questions suivantes si votre patient présente une problématique de santé mentale

Conscience morbide de la maladie et conscience de ses difficultés au quotidien ?

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

Suivi thérapeutique régulier ? Si la personne est stabilisée, depuis combien de mois ? Quelle est la date de sa dernière hospitalisation ?

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

Capacité à respecter un cadre d'activités ou de vie communautaire (déplacements, présence, disponibilité, respect d'un horaire, soins nécessaires, fatigabilité, respect de l'autorité, stress...)

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

Capacité à travailler dans le secteur ordinaire ?

A temps plein ? Oui Non

A temps partiel ? Oui Non

Contre-indications :

.....

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Capacité à travailler dans une entreprise de travail adapté ?

A temps plein ? Oui Non

A temps partiel ? Oui Non

Contre-indications :

.....

Remarques éventuelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Capacité à vivre ou à travailler avec des personnes vulnérables sans risque de mettre en danger leur santé physique ou mentale ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informations complémentaires

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

Évaluation

La personne remplit-elle les conditions (voir page 1 : « Qui peut être admis ? ») pour être admise au Service PHARE ?

Si oui, veuillez préciser votre évaluation du pourcentage d'incapacité :

.....
.....

Veuillez joindre les photocopies des rapports en votre possession (hospitalisation, examens complémentaires, examen P.M.S.,...) que vous jugez utiles.

Cachet

Date : / /

Signature du médecin