

Critères d'admission

Personne présentant un trouble psychique chronique stabilisé, étant entendu qu'elle :

- Ne requière pas de traitement hospitalier,
- N'entre pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos ou en âge de s'y rendre
- Ne nécessite pas une surveillance psychiatrique ininterrompue
- Ne nécessite pas de soins de nursing trop important
- Soit autonome vis-à-vis de l'alimentation, de la marche... (voir la grille d'évaluation)

Protocole d'admission

1. Compléter scrupuleusement ce dossier et le renvoyer soit par courrier, soit par mail (adresses ci-dessous)
2. Dès retour du dossier complet, nous vous contactons afin de fixer un rendez-vous de préadmission. Ceux-ci sont planifiés uniquement les vendredi après-midi
3. A l'issue de ce rendez-vous le dossier est présenté en réunion pluridisciplinaire et la décision d'accepter ou non la demande est prise à ce moment
4. La réponse vous sera ensuite transmise
5. En cas de réponse favorable, la personne est placée sur la liste d'attente de la MSP. Aucun délai ne peut être donné vu le caractère résidentiel de la MSP.
6. Si le temps écoulé entre le rendez-vous de préadmission et la possible admission du résident a été long un second rendez-vous peut être demandé afin de réévaluer si la personne entre toujours dans les critères d'admission.

Contrat de séjour

- La période d'essai

Une période d'essai d'un mois pouvant être renouvelée d'un second mois est établie avec le résident et/ou la/les personnes et/ou l'institution ayant introduit la demande d'admission au sein de la MSP. Si le résident a été placé par un tiers, le tiers en question s'engage à reprendre le résident dans les délais fixés par la direction. S'il n'y a pas de tiers nous établirons un accord avec l'hôpital psychiatrique qui assurera le suivi en cas d'interruption de séjour.

- Les conditions de séjour
 - Respect du règlement d'ordre intérieur
 - Pas de consommation addictives
 - Respect des engagements pris à l'admission
 - Adaptation au lieu de résidence
 - Pas d'excès de violence
- Les limites de la prise en charge et les critères de réorientation
 - Non-respect du règlement d'ordre intérieur
 - N'entre plus dans les critères d'admission
 - Perte d'autonomie évidente

Contacts

Adresse : 39 avenue de la Libération, 6791 Athus

Numéro de téléphone général : 063/372070

Numéro du service social : 063/372071

Mail du service social : Justine.VandenEede@vivalia.be

Numéro de la coordinatrice : Fineuse Géraldine 0499/695473

Mail : geraldine.fineuse@vivalia.be



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Renseignements sociaux et administratifs

Civilité Monsieur Madame

Nom et prénom

Date de naissance

Lieu de naissance

Nationalité

Numéro national

Etat civil

Domicile actuel

Numéro de GSM

Mutuelle

Vignette

Titulaire

Nombre de points attribués en cas de statut de handicapé

N° d'AVIQ

Catégorie

Origine financière

Montant

Distribution argent de poche (habitudes/fréquence/montant)

Carte bancaire OUI NON

Banque

Assistance juridique OUI NON

Coordonnées

Mise en observation OUI NON

Date de fin :



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

En cas de demande émanant d'une institution

Nom de l'institution + nom du service:

Personne de contact (nom, numéro de téléphone et adresse mail)

Administrateur de biens

Nom

Fonction/lien

Adresse

Tel

_____ Fax _____

Mail

Administrateur de la personne

Nom

Fonction/lien

Adresse

Tel

_____ Fax _____

Mail



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Personnes à contacter

Nom	Prénom	Lien	Adresse	Tél. / mail

Situation familiale actuelle

Père

Mère

Fratric

Amis

Retour en famille/fréquence



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Histoire de vie et évolution

- **Familiale**

- **Scolaire**

- **Institutionnel**

- **Professionnel**



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Renseignements médicaux

Diagnostic

Anamnèse

Pathologies actuelles

Antécédents médicaux et chirurgicaux



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Médecin traitant

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Médecin psychiatre

Nom _____

Adresse _____

Téléphone _____

Suivi médicaux réguliers auprès de médecins spécialistes

Allergies OUI NON

Si oui préciser

Régime alimentaire particulier OUI NON Si oui préciser

Conduites à risque (tabac alcool...) OUI NON

Si oui préciser

Taille

Poids

Pansement ou soins infirmiers OUI NON Si oui préciser



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Portage de bactérie multi résistante OUI NON

Si oui précisez (type, localisation, etc.)

Date du dernier prélèvement

Incontinence Jour Nuit Occasionnelle

Urines Selles

Fonctions sensorielles

Cécité OUI NON

Surdité OUI NON

Etat somatique général

Commentaires et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs,...)





Renseignements psychologiques

Description de la personne (personnalité, caractère)

Symptômes psycho-comportementaux

Idées délirantes OUI NON

Hallucinations OUI NON

Agitations, agressivité OUI NON

Anxiété OUI NON

Apathie OUI NON

Désinhibition OUI NON

Troubles du sommeil OUI NON

Violence OUI NON

Dépression OUI NON

Fugue OUI NON

Autres



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Quelles sont ses demandes et ses besoins ?

Quelles relations la personne a-t-elle avec

Ses parents

Sa fratrie

Son équipe éducative

Ses amis



Document de préadmission MSP Belle-Vue

ref. : E-PA-001

Durant ces derniers mois, avez-vous l'impression que la personne progresse ? Est stable ?

Régresse ? Pouvez-vous l'expliquer ?

Quelles sont les raisons de la demande d'admission au sein de la MSP ?

Quelles sont les attentes, les envies, les objectifs de la personne en venant à la MSP ? A court terme et à long terme.

Autonomie fonctionnelle

	Aide totale	Avec aide partielle	Avec stimulation verbale	Autonome	Remarques
Alimentation					
Hygiène corporelle					
Habillement					
Marche					
Utilisation toilettes					
Hygiène du sommeil					

Sommeil

	Oui	Non	remarques
Habitudes de sommeil			
appareillage			
insomnie			
Réveil fréquent			
énurésie			
Traitement médicamenteux			
ronflement			
somnambulisme			
autre			Préciser :

Autonomie personnelle

	Aide totale	Avec aide partielle	Avec stimulation verbale	Autonome	Remarques
Faire ses lessives					
Argent de poche					
Utiliser une carte bancaire					
Utiliser les moyens de transport					
Gérer ses médicaments					
Faire ses achats					
Préparer ses repas					
Entretenir son lieu de vie					
Gérer un GSM					
Se déplacer seul en ville					
Se repérer dans l'espace					

Les activités et occupation

Centres d'intérêts/ passion/hobby

Activités (évaluation de l'autonomie/ des capacités)

	oui	non	Avec stimulation et/ou aide	Remarques
Lire				
Ecrire				
S'occuper seul				
Participe aux activités collectives				
Est dans le contact avec les autres				
S'exprime facilement				
Dextérité/ perception fine				

Capacités de concentration				
Autres activités :				
.....				
.....				
.....				

Démarches à prévoir

Documents à annexer

- ✓ Copie carte d'identité + codes
- ✓ 4 photos d'identités
- ✓ Vignettes mutuelle
- ✓ Preuve de revenus mensuels
- ✓ Copie traitement médical
- ✓ Rapport médical
- ✓ Dernier compte-rendu d'hospitalisation