

Version septembre 2015

FORMULAIRE 2 – Document médical

Ce formulaire complète la demande d'admission (FORMULAIRE 1) de la personne qui demande son inscription au Service PHARE.

Le FORMULAIRE 2 est composé de 2 parties :

PARTIE 1 - Note explicative (à conserver par le médecin)..... pages 1 à 4

PARTIE 2 - Formulaire (à envoyer au Service PHARE)..... pages 5 à 11

• • •

PARTIE 1 - Note explicative à l'attention du médecin qui complète ce formulaire (à garder par lui)

Chère Consoeur, 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

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 déplacements,
- Bénéficier d'un accueil en centre de jour ou en centre d'hébergement.

Si vous souhaitez contacter le médecin du Service PHARE, formez le



02 800 80 95

ou envoyer un courriel à l'adresse : medecin.phare@cocof.irisnet.be

Faites parvenir le formulaire médical (partie 2) au Service PHARE :

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

Rue des Palais, 42
1030 Bruxelles

- **soit via l'adresse électronique suivante** : medecin.phare@cocof.irisnet.be
(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 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 en vue de l'admission au Service PHARE

PARTIE 2 – Formulaire

A envoyer au Service PHARE

Je soussigné(e), Docteur en médecine

Nom :Prénom :

Institution (éventuellement) :

Tél. : Fax :

GSM :

Courriel :

déclare avoir examiné

En date du :

1. IDENTITE DE LA PERSONNE EXAMINEE

Nom : Prénoms :¹

Date de naissance : /...../

¹ Écrire le nom en majuscules

4. DESCRIPTION PAR SYSTEME

4.1. Système locomoteur (membres inférieurs + membres supérieurs + colonne vertébrale) :

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

La personne est-elle usagère d'une voiturette ?..... Si oui, de quel type ?

4.2. Système nerveux et organes des sens :

4.2.1. Atteinte neurologique :

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

4.2.2. Système visuel :

Description de la pathologie (joindre rapport ophtalmologique) :

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

	Sans correction	Avec correction
Acuité visuelle :	O.D. :	O.D. :
	O.G. :	O.G. :

4.2.3. Système auditif :

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

4.2.4. Expression orale :

Description de la pathologie :

4.3. Système cardio-vasculaire :

4.4. Système respiratoire :

4.5. Système génito-urinaire (veuillez mentionner les problèmes de continence) :

4.6. Système digestif, système sanguin et ganglionnaire, affections dermatologiques :

4.7. Autres pathologies éventuelles :

4.8. Atteinte des facultés intellectuelles (QI. si possible) :

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

4.9. Atteinte des facultés mentales et dépendances :

Nom du psychiatre ou du médecin assurant le suivi psychologique :

Nom du service :

Tel : Courriel :

4.9.1. Pathologies psychiatriques :

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

4.9.2. Troubles du comportement :

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

4.9.3. Assuétude(s) :

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

6.4. Capacité à travailler : dans le secteur ordinaire ou adapté ? A temps plein ou partiel ? En bénévolat ?

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

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

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

6.6. Informations complémentaires :

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

7. EVALUATION

La personne remplit-elle les conditions (voir page 2) 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