

Version octobre 2024

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.

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

Si la demande du bénéficiaire est de pouvoir rentrer dans un Centre d'activités de jour et/ou dans un Logement collectif adapté, ce formulaire devrait idéalement être remplacé par le Volet B du formulaire 7 téléchargeable via le lien <https://phare.irisnet.be/service-phare/admission-et-interventions/interventions/#formulaire7>. Ce volet B devrait alors être signé par vous.

Il est composé de deux parties :

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

PARTIE 2 – Formulaire (à envoyer au Service PHARE) 5

• • •

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.

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 :

- 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 vers l'enseignement ordinaire, le lieu de travail, de formation ou de bénévolat,...;
- bénéficier d'un accueil en centre d'activités de jour et/ou en logement collectif adapté.

Compléter et envoyer le formulaire

Pour contacter le médecin du Service PHARE

Téléphone : 02 800 82 03

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
Service des Prestations individuelles
A l'attention du Médecin du Service PHARE
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 en situation de handicap 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 30 juillet 2018 relative relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).

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

Veuillez énumérer la ou les déficiences :

.....

.....

.....

.....

¹ Écrire le nom en majuscules

[illegible]

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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

La personne est-elle usagère d'une voiturette ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, de quel type ?

.....

Système 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 :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Système cardio-vasculaire

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Système respiratoire

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Système digestif, système 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

[illegible]

c. Assuétude(s)

[illegible]

Traitement actuel

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Veuillez 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

Toutes les données à caractère personnel reprises dans le présent document sont traitées dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (MB 05/09/2018).