

Annexe 1

1. Données concernant le groupe cible

A. Contact préalable soins de santé mentale

Le patient a eu un contact préalable avec les soins de santé mentale dans le cadre d'affection psychiatrique qui satisfait à au moins une des conditions suivantes :

- Au cours de l'année écoulée
 - ☐ a été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un hôpital psychiatrique, SPHG ou service K ;
 - ou
 - ☐ a été pris en charge pendant au moins 14 jours par une équipe mobile dans le cadre de l' « Article 107 ».
 - ou
 - ☐ a été pris en charge pendant au moins 14 jours d'un projet outreach pour enfants et adolescent financé par le SPF Santé publique, au plus tard un an auparavant
 - ou
 - ☐ A été hospitalisé pendant au moins 14 jours dans un autre service hospitalier que ceux mentionnés ci-devant, où un psychiatre a été appelé en consultation (numéros de la nomenclature 599443, 599465, 596562 ou 596584).
 - ou
 - ☐ Pour les enfants et adolescents: un accompagnement d'au moins 6 mois dans un service de santé mentale, au plus tard un an auparavant ou une inscription par la police, le parquet ou le juge de la jeunesse au plus tard un mois auparavant

B. Aptitudes

- Pour les enfants et les adolescents: consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants: autonomie de base, autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, le fonctionnement au sein de la famille ou le contexte de la famille de substitution, l'adaptation sociale, l'école, la motricité et/ou un comportement personnel adapté.
 - ☐ oui
 - ☐ non
- Pour les adultes: consécutivement à l'affection psychiatrique, perte de certaines aptitudes ou ne dispose que d'aptitudes limitées dans au moins trois des domaines suivants: autonomie de base, l'autonomie en matière de logement, l'autonomie au sein de la collectivité, la langue et la communication, l'adaptation sociale, le travail, les connaissances scolaires, la motricité et/ ou un comportement personnel adapté.
 - ☐ oui
 - ☐ non

Les participants à la concertation établissent que pour le patient un plan d'accompagnement d'une durée minimale de 12 mois est nécessaire afin d'accorder les soins.

2. Données concernant les réunions de concertation

Première concertation [date] xx/xx/xxxx

Participants

Nom	Discipline	Numéro INAMI	N° compte (facultatif)
(ref.pers.)			

Données pratiques

La concertation a eu lieu

- ☐ au domicile du patient
☐ ailleurs

Durée de la concertation:

Suivi:

- ☐ Pas de concertation
☐ Date de la concertation suivante: / /

Organisateur

Nom.....

Organisation.....

Signature

Deuxième concertation [date] xx/xx/xxxx

Troisième concertation [date] xx/xx/xxxx