



Formulaire pour le médecin traitant

Votre patient(e) a fait une demande pour bénéficier d'un hébergement provisoire dans un logement communautaire de la Carte Blanche. En vue de son admission, notre équipe sociale a besoin de votre appréciation médicale. En effet, nos appartements communautaires sont destinés à l'accueil temporaire d'une population fragile, sans addiction active, capable de réaliser les actes élémentaires de la vie quotidienne, désireuse de tester sa capacité d'autonomie. Tous les résidents doivent avoir un projet de vie concret, mis au point avec le réseau social. Il n'y a pas de présence éducative 24h/24, mais un numéro d'appel pour les urgences. L'encadrement que nous proposons comprend un soutien socio-éducatif individualisé autour d'objectifs personnels et une réunion de groupe hebdomadaire. Les règles propres à la vie en communauté doivent être acceptées et appliquées par votre patient.

Nous vous prions de répondre aux questions suivantes pour valider son inscription. Ces informations médicales restent confidentielles. Elles ont pour but de protéger votre patient, comme ses futurs colocataires.

Madame/Monsieur

Nom..... Prénom Date de naissance.....

délie son médecin du secret médical. Signature.....

Anamnèse brève.....

Type d'atteinte, troubles et/ou problème associés:

Physique.....

Psychique.....

Mental.....

Sensoriel.....

Addiction(s) oui/non *Laquelle/Lesquelles ?*.....

Risque de mise en danger de soi oui/non

Risque de mise en danger de d'autrui oui/non

Capacité de demander de l'aide oui/non.....

Capacité relationnelle.....

Médicaments prescrits de façon régulière.....

Indications complémentaires.....

Etes-vous le référent thérapeutique oui/non.

Depuis quand..... Si non:

Nom du médecin.....Prénom.....E-mail.....

Adresse:.....Tel.....

Date et signature.....