Questionnaire Pré-Groupe pour des soins psychologiques de première ligne conventionnés dispensés en lieu d'accroche

Intitulé du groupe souhaité : _____

Nom et prénom de l'enfant participant : _____

NISS (numéro national) de l'enfant : _____

1) AUTORISATION D'AFFILIATION ET D'ENCODAGE

*Grâce à la subvention de PsyBru, nos ateliers de musicothérapie sont entièrement pris en charge par l'INAMI et donc **gratuits**. Pour en bénéficier, nous devons affilier votre enfant au réseau de santé Bru-Stars et enregistrer sa présence. Il doit donc être en ordre de mutuelle. Ceci nécessite votre autorisation pour l'affiliation et l'encodage des séances via le système du tiers payant. **Cette prise en charge des ateliers de groupe est illimitée et n'affecte pas d'éventuels soins individuels subventionnés.***

Coordonnées des parents/tuteurs légaux :

Nom et Prénom du Parent/Tuteur 1 : _____ Téléphone : _____ Email : _____	Nom et Prénom du Parent/Tuteur 2 : _____ Téléphone : _____ Email : _____

_____

Par la présente, je soussigné _____ parent / tuteur légal de _____ autorise le/la psychologue conventionné responsable du groupe à encoder les **prestations** desquelles l'enfant a bénéficié (en groupe ou en individuel) et d'affilier l'enfant au **réseau Bru-Stars**.

Date de remplissage : **Signature** de **tous** les parents/tuteurs :

2) BILAN FONCTIONNEL : DESCRIPTION DE LA SITUATION

Y a-t-il un diagnostic connu concernant votre enfant ?
Y a-t-il, selon vous, des points qui mériteraient une attention particulière chez votre enfant ?
Selon vous, quels pourraient être vos besoins et ceux de votre enfant vis-à-vis de ce groupe ?
Votre enfant a-t-il des contraintes horaires pour rejoindre un groupe?
Espace pour toute information complémentaire utile

Liste des Annexes éventuelles (bilans, rapports, prescriptions, etc.) :

……

……

3) COORDONNÉES COMPLÈTES

(!) Nous nous engageons à ne jamais entrer en contact avec une tierce personne sans l'autorisation préalable explicite du bénéficiaire ou de ses tuteurs légaux.

RÉFÉRENCES BÉNÉFICIAIRE					
Nom		**Prénom**		**Âge**	
Numéro de registre national (NISS)		**Réseau**	o Bru-Stars (0 à 23 ans) o Brumenta (dès 15 ans)		
Adresse de domicile					
Fratrie (prénoms et âges)					

SI SCOLARISÉ

Nom de l'école / de l'institution		**Section Scolaire**	
Personne de contact à l'école *(professeur, PMS, CLB, autre)*			

RÉFÉRENCES DU MÉDECIN ENVOYEUR / PÉDIATRE ENVOYEUR (si pertinent)			
Coordonnées	Nom		Prénom	
	Adresse			
	Téléphone			
	Numéro-INAMI			
Spécialisation	o Généraliste o Neurologue / Neuropédiatre o Psychiatre / Pédopsychiatre o Autre : ……			
Préférence de contact	o E-healthbox/e-mail …… o Téléphone: …… o Autre:……			

RÉFÉRENCES DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE RESPONSABLE DU DMG (dossier médical global)			
Coordonnées	Nom		Prénom	
	Adresse			
	Téléphone			
	Numéro-INAMI			
Préférence de contact	o E-healthbox/e-mail …… o Téléphone: …… o Autre:……			

SI PERTINENT : RÉFÉRENCE(S) AUTRE(S) PRESTATAIRE(S) EN COURS DE SUIVI

RÉFÉRENCE AUTRE PRESTATAIRE (1)		
Coordonnées	Nom	Prénom
	Adresse	
	Téléphone	
	Numéro-INAMI	
	Type de prise en charge	
Fonction	o Médecin Spécialisation : …… o Kinésithérapeute o Logopède	o Neuropsychologue o Psychologue o Psychomotricien(ne) o Autre : ……
Données de contact	o E-healthbox/e-mail …… o Téléphone: …… o Autre:……	

RÉFÉRENCE AUTRE PRESTATAIRE (2)		
Coordonnées	Nom	Prénom
	Adresse	
	Téléphone	
	Numéro-INAMI	
	Type de prise en charge	
Fonction	o Médecin Spécialisation : …… o Kinésithérapeute o Logopède	o Neuropsychologue o Psychologue o Psychomotricien(ne) o Autre : ……
Données de contact	o E-healthbox/e-mail …… o Téléphone: …… o Autre:……	

AUTRES RÉFÉRENCES UTILES À COMMUNIQUER	

RÉFÉRENCES DES PRISES EN CHARGE + GROUPES THÉRAPEUTIQUES EN COURS OU CLÔTURÉS + DATES ET DURÉE	