



# Formulaire de demande d'intervention

## INTRODUCTION

Le projet "VitalVoice" est financé par le Fonds Social Européen et l'AViQ. Il a pour objectif d'aider toutes personnes en rupture de communication à maintenir des échanges efficaces avec le personnel soignant et l'entourage familial. Ce projet propose une intervention rapide et gratuite. Notre équipe de logopèdes et d'ergothérapeutes a pour mission la recherche, la mise en place et le suivi des outils de communication alternative et augmentative et/ou de produits d'assistance permettant l'accès adapté au numérique adaptés aux besoins et aux capacités de chaque patient, durant la période d'hospitalisation. Cette mission se fera en collaboration étroite avec l'équipe de soins et la famille du patient. L'accès à notre service dans le cadre du projet « VitalVoice » ne peut être effectué que via l'établissement de soins.

\* : champs obligatoires

## INFORMATIONS CONCERNANT LA PERSONNE / LE SERVICE QUI REMPLI LE FORMULAIRE : (Veuillez remplir les champs suivants EN MAJUSCULES s'il vous plaît)

- Nom de l'établissement de soins\* :
- Service/unité de soins\* :
- Coordonnées du médecin ou paramédical qui introduit la demande :
  - Nom\* :
  - Prénom\* :
  - Fonction\* :
- Adresse :
  - Rue N° :
  - Boîte : Code postal : Ville :
- Téléphone :
- GSM ou téléphone direct\* :
- E-mail\* :



## **INFORMATIONS GÉNÉRALES CONCERNANT LE PATIENT :**

(Veuillez remplir les champs suivants **EN MAJUSCULES** s'il vous plaît)

- Nom\* : Prénom\* :
  - Date de naissance\* :
  - Nationalité :
  - Langue maternelle : Sexe :  F  M  Autre
  - Contact entourage familial :
    - Nom :
    - Prénom :
    - Lien de parenté :
    - GSM :
    - E-mail :
  - Numéro national \* :
  - Adresse du patient\* :
    - Code postal et ville :

## **RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :**

- Diagnostic médical\* :
  - Quelles sont les capacités motrices du patient\* ?
    - Membres supérieurs :
    - Membres inférieurs :
    - Tête, yeux :

- Quelles sont les possibilités langagières du patient\* ? Un code oui/non a-t-il été instauré ? si Oui, lequel \*?
  
  
  
  
- Présente-t-il des troubles visuels ? Si oui, lesquelles ?
  
  
  
  
- Présente-t-il une altération des fonctions cognitives ? Si oui, lesquelles ?
  
  
  
  
- Quelle est la nature de la demande ?

### **CONFIDENTIALITÉ**

Les données communiquées dans le présent formulaire ainsi que les interventions qui en découlent sont susceptibles d'être communiquées de manière pseudonymisée à l'AViQ. Ces données seront également utilisées afin de satisfaire aux obligations de rapportage imposées par le Fond Social Européen Plus. En signant ce document, vous marquez votre accord avec notre politique de confidentialité (RGPD). Vous pouvez trouver plus d'informations à l'adresse : <http://creth.be/politique-de-confidentialite/>

Date :

Signature du demandeur :

L'équipe du Projet VitalVoice vous remercie de votre collaboration.

Une fois rempli et signé, ce formulaire est **à envoyer** :

- Soit par courrier postal à l'adresse suivante : **Rue de Bruxelles 61  
5000 Namur**
- Soit par e-mail à l'adresse suivante : **[vitalvoice@creth.org](mailto:vitalvoice@creth.org)**

Vous pouvez contacter notre **secrétariat au 081/72.44.30**.

Après réception de votre demande, un membre de notre équipe prendra contact avec vous, dans les plus brefs délais.

