## QUESTIONNAIRE MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES - MSP

##  Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de soins psychiatriques

*Pour le traitement optimal de votre demande, il est nécessaire de répondre à* ***toutes les questions*** *reprises dans ce questionnaire.*

* **Si la demande se fait par voie postale: veuillez envoyer ce questionnaire à l'adresse suivante :**

Vivalis administration de la Commission communautaire commune

Direction Santé et Aide aux Personnes

Rue Belliard 71, boîte 1

1040 Bruxelles

* **Si la demande se fait de façon numérique (via IRISbox), le questionnaire peut directement être téléchargés dans cette application**
* **Vous pouvez également introduire votre demande par courrier électronique à l'adresse suivante :** **agrements-erkenningen@vivalis.brussels**

|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** |

**DEMANDE D'AUTORISATION SPECIFIQUE DE MISE EN SERVICE ET D'EXPLOITATION DE NOUVEAUX LITS**

**Partie A**

1. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| Numéro d’agrément- *si connu* |  |
| Adresse |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Email |  |
| Téléphone |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification du pouvoir organisateur  |  |
| Forme juridique  |  |
| Numéro entreprise (BCE) |  |

1. **Coordonnées du directeur de la MSP**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |

1. **Coordonnées de la personne de contact** *(si différentes de celles du directeur)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom  |  |
| Fonction |  |
| Email  |  |
| Téléphone |  |

1. **Objet de la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de lits demandés** et date de mise en service **(estimation)** |  |
| Origine des lits à mettre en service Le cas échéant, veuillez transmettre la convention de cessions des lits |  |
| Adresse(s) concernée(s)- *si plusieurs bâtiments existants - si déjà connue(s)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Veuillez nous transmettre une copie du **projet institutionnel** de la MSPLe cas échéant, veuillez nous décrire le ou les projet(s) spécifique(s) concerné(s) par la demande |  |

**Partie B- Normes d'agrément**

1. **Capacité / occupation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de lits agréés |  |
| Nombre de lits en portefeuille |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de résidents |  |
| Nombre de résidents hospitalisés |  |
| Taux d'occupation  |  |

1. **Normes d'organisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du médecin-spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie qui supervise la MSPVeuillez indiquer également son numéro INAMI et son temps de travail (ETP) |  |
| Nom(s) et prénom(s) du ou des infirmier(s) en chefVeuillez indiquer également les numéros de visa et les temps de travail (ETP) des personnes concernées |  |
| Nom, prénom et temps de travail (ETP) de la personne exerçant la fonction de coordination  |  |

*Veuillez compléter le tableau ci-dessous avec le nom et prénom, la qualification/ formation, le numéro de visa et le temps de travail de chaque travailleur (en mentionnant les réductions de temps de travail 45+, 50+, 55+ et autres dispenses de prestation comme les maladies de longue durée, les écartements prophylactiques etc.).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom et prénom  | Qualification/ formation  | Numéro de Visa- *si d'application*  | Temps de travail (ETP) | Réduction du temps de travail ou autre dispense de prestation  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | **TOTAL** |  |  |

**Partie C**

* Avez-vous des remarques à formuler sur les informations demandées ?
* Avez-vous d'autres éléments à communiquer dans le cadre de cette demande ?
* Veuillez joindre à cette demande les documents demandés.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et signature du gestionnaire **Date…………………………...** | Nom et signature du directeur /coordinateur **Date…………………………...** |