CONSTATS asbl

Rue Jules Vieujant 9
B – 1080 Bruxelles

tel. 02 / 410 53 39
fax 02 / 410 58 93

www.constats.be
constats@gmail.com

Médecins :
Dr Valérie Alaluf
Dr Hafida Bakioui
Dr Émmanuelle Berquin
Dr Dominique Daniel
Dr Isabelle Moureaux
Dr Céline Vanschepdael

Psychothérapeute :
Juvencio Herreno

Demande d'expertise médicale

Les examens d'expertise proposés par l'asbl Constats concernent les demandeurs d'asiles ayant été victimes de torture et mauvais traitements dans leur pays d'origine et actuellement en cours de procédure – y compris recours – et ne concernent pas les demandes de régularisation pour raisons médicales, ces rapports-là devant être établis par les médecins généralistes et/ou spécialistes traitant le patient concerné.

Coordonnées de l'envoyeur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Lien avec la personne concernée :

Coordonnées du demandeur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Date de naissance : / / Lieu de naissance :

Sexe : **Féminin / Masculin** Pays d'origine :

État civil : **Célibataire / Marié / Séparé Divorcé / veuf** Nombre d'enfants :

Date d'arrivée en Belgique : **/ /**

CONSTATS asbl

Coordonnées du tuteur pour le mineur (non accompagné)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Langues

Langue(s) parlée(s) par le demandeur :

Connaissance du français : **OUI / NON**

Souhaitez vous un traducteur ? **OUI / NON**

Souhaitez vous venir avec votre propre traducteur ? **OUI / NON**

Les frais de traduction sont à la charge du patient.

Mutuelle

Le demandeur est-il couvert par une mutuelle :

OUI / NON

Collez ici une vignette

CPAS

Le demandeur est-il aidé par un CPAS : **OUI / NON**

Si oui, quelle commune :

Si oui, veuillez apporter un réquisitoire pour la consultation.

N° de dossier : Téléphone :

Prénom et nom de l'assistant social en charge du dossier du demandeur :

CONSTATS asbl

Médecin traitant

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Courriel : Inscription dans une maison médicale au forfait ? **OUI / NON**

Autre médecin ou paramédical impliqué

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Avocat en charge du demandeur

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

Assistant social référent :

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Courriel :

CONSTATS asbl

Renseignements concernant la demande d'asile

Date de la demande d'asile : **/ /**

N° de dossier :

Date de convocation au CGRA : **/ / 20**

Recevabilité de la demande par le CGRA : **OUI / NON**

Recours au conseil du contentieux : **OUI / NON**

Date du dernier recours : **/ / 20**

Recours au conseil d'état : **OUI / NON**

Date du dernier recours : **/ / 20**

Motif de la demande d'expertise médicale

(torture, mauvais traitements, emprisonnements, ...)
Une bonne description permet une prise en charge plus rapide ainsi qu'une meilleure orientation du patient.

Autres remarques

Fait à :

le : **/ / 20**

Signature de l'envoyeur : Signature du demandeur : Signature du tuteur :

(Uniquement si le demandeur est mineur)