



**PREVENTION DU BURN-OUT
DEMANDE DE PRISE EN CHARGE¹**

1. COORDONNEES DU TRAVAILLEUR

1.1 NISS*:

(voir verso de la carte d'identité)

1.2 Nom: _____ 1.3 Prénom: _____

2. COORDONNÉES DE L'INTERVENANT BURN-OUT

2.1 Nom: _____ 2.2 Prénom: _____

3. AVIS DE L'INTERVENANT BURN-OUT

3.1 Dépistage:

Burn-out en relation avec le travail? ☐ Oui ☐ Non

Le travailleur est-il à un stade précoce de burn-out? ☐ Oui ☐ Non

Quel est le stade de burn-out du travailleur? ☐ 1-2 (prévention secondaire) ☐ 3-4 (prévention tertiaire)

Le programme Fedris est-il adapté au burn-out du travailleur? ☐ Oui ☐ Non

REMARQUE: Un rapport de diagnostic de l'intervenant burn-out est joint à ce formulaire

3.2 Si le diagnostic de burn-out est confirmé, le demandeur confirme-t-il sa demande de participation au trajet de prise en charge?

☐ Oui

☐ Non, pourquoi?

- ☐ Manque de temps
- ☐ Ne ressent pas l'utilité d'une prise en charge
- ☐ Est déjà pris en charge
- ☐ Ne croit pas au trajet proposé
- ☐ Refuse le contact avec le médecin du travail
- ☐ Autres: _____

SIGNATURE DE L'INTERVENANT BURN-OUT

DATE : _____

SIGNATURE DU TRAVAILLEUR

Le soussigné autorise l'échange de données médicales le concernant entre les personnels de la santé impliqués (médecin du travail, intervenant burn-out, Médecin-Conseil de la mutuelle, conseiller en prévention aspects psychosociaux, médecin de Fedris et médecin traitant) pour le traitement de cette demande de prise en charge du burn-out.

DATE : _____

¹Arrêté royal du 7/02/2018 déterminant les conditions d'un projet pilote visant la prévention du burn-out en relation avec le travail.

***A compléter obligatoirement**