

FICHE DE LIAISON PARTENAIRE

INTERNE DU CHP

EXTERNE

Professionnel effectuant la demande :

Téléphone : Mail :

Nom, prénom : Date de naissance :

Nationalité : Si non française, date d'arrivée en France :

Besoin de traduction / langue : Situation régulière / irrégulière / demande d'asile

Adresse :

Téléphone :

Peut-on joindre la patiente sans danger ? OUI NON

Si non, contact de la personne de confiance (n° et/ou mail)

Quelle est la demande de la patiente ?

.....

Motif d'orientation vers la MDF ?

.....

Violences actuelles : OUI NON **Violences anciennes :** OUI NON

Contexte(s) des violences : intrafamiliales / conjugales / migratoires / scolaires / professionnelles / autre

Type(s) de violences : psychologiques / physiques / sexuelles / administratives / cyberviolences

ATCD médicaux notables :

Médecin traitant :

Suivi psychologique ou psychiatrique :

Vulnérabilité : enceinte / isolée / addictions / antécédents psy / handicap / autre

Enfant(s) à charge (nom, prénom, DDN) :

Régime social : SS / mutuelle / AME / CMU / aucun

Suivi social (nom, service et coordonnées du référent) :

Hébergement : locataire / propriétaire / SDF / 115 / CHRS / hébergée chez un tiers

Suivi juridique (nom et coordonnées du professionnel) :