

FICHE DE LIAISON MAISON DE SANTÉ DES FEMMES

A retourner complété par mail à : secretariat.mdsf@ghpso.fr

Patiente Nom : Prénom : Date de naissance : .../.../.....

Adresse :

Tel : Mail :

Peut-on joindre la patiente sans danger : Oui / Non

Si Non contact de la personne de confiance +/- lien :

Professionnel effectuant la demande (identité, tél, mail +/- structure) :

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) des violences: Psychologiques / Physiques / Sexuelles / Administratives / Cyberviolences

ATCD médicaux/psys notables :

Médecin traitant :

Suivi psychologique ou psychiatrique :

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

Enfant(s) à charge (Nom Prénom DDN):

Régime Social : Sécurité Sociale / 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):

Nationalité :

Situation régulière / irrégulière/ Demande d'asile

Si non française, date d'arrivée en France : ... / ... / ...

Langue:

Besoin traduction : OUI / NON