

## FICHE DE LIAISON MAISON DE SANTÉ DES FEMMES

A retourner complété par mail à : [secretariat.mdsf@ghpso.fr](mailto: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/psychos 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