

Date de la demande :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Téléphone : Email :

Peut-on joindre la patiente sans danger ? oui / non

Si non, modalités de contact souhaité par la patiente : (*appel/sms/mail/heures de contact*)

Adresse ou Domiciliation :

Hébergement : Locataire / propriétaire / SDF / 115 / Hébergée / CHRS / Autre

Orientée par (structure) :

Personne référente (+ tel et/ou email) :

Quel est le besoin et/ou la demande de la patiente ?

Qu'attendez-vous de cette orientation ?

Contexte et type de violences : Conjugales / Inceste / Intrafamiliales autres / Violences sexuelles (hors couple) / Prostitution / Autres

Violences : actuelles anciennes réitérées épisode unique

Vulnérabilité : isolée, addiction, antécédents psy/ dépression, handicap, autre

Enceinte : OUI / NON / NE SAIT PAS

ATCD médicaux :

Situation familiale : Célibataire / Couple / Mariée / Divorcée/ Séparée

Enfant(s) : nombre, âge

Régime Social : Sécurité Sociale / Mutuelle / AME / CMU / Aucun

Ressources (salaires/prestations) :

Nationalité : Besoin traduction : OUI / NON Langue

Date d'arrivée sur le territoire : En situation : régulière / irrégulière/ demande d'asile

Suivi médical, social et juridique en cours : nom, service et coordonnées du réfèrent :

.....
.....
.....