

FORMULAIRE D'ADRESSAGE POUR ORIENTATION ESPACE ANTHÉIA CHMS SITE DE CHAMBÉRY



Date :

1. COORDONNEES DU PROFESSIONNEL REQUÉRANT

Nom : Prénom :

Fonction/Structure :

N° RPPS :

Téléphone : Mail :

2. PATIENT

Nom : Prénom :

Genre :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone personnel : Mail :

Nombre d'enfant à domicile :

Facteurs de vulnérabilités (cochez ce dont vous avez connaissance) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Personne à mobilité réduite | <input type="checkbox"/> Pathologie Mentale |
| <input type="checkbox"/> Mesures de protections majeures vulnérables | <input type="checkbox"/> Troubles Cognitifs |
| <input type="checkbox"/> Grossesse | <input type="checkbox"/> Age |
| <input type="checkbox"/> Isolement | <input type="checkbox"/> Précarité |
| <input type="checkbox"/> Situation irrégulière sur le territoire | <input type="checkbox"/> Autre..... |

Couverture santé (cochez ce dont vous avez connaissance):

- Couverture de base Couverture complémentaire Aucune

FORMULAIRE D'ADRESSAGE POUR ORIENTATION ESPACE ANTHÉIA CHMS SITE DE CHAMBÉRY



3. MODE DE CONTACT

Comment peut-on joindre le patient **sans le mettre en difficulté** ? (cochez et complétez ce qui convient)

Téléphone..... Mail :

Monespaceanté Autre :

À quels horaires ?

Peut-on laisser un message ? Oui Non

Besoin interprétariat : Oui Non Si oui, en quelle langue :

Si impossible de joindre le patient directement,

Nom d'une personne de confiance ?

Téléphone : Mail :

4. VIOLENCES ALLÉGUÉES

Conjugales :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Intrafamiliales :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Extrafamiliales :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Physiques :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Verbales :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Psychologiques :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Economiques :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Administratives :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Religieuses :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Sexistes :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Sexuelles :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Viols :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Inceste :	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non
Prostitution:	<input type="radio"/> Ne sait pas	<input type="radio"/> Oui – en cours	<input type="radio"/> Oui – anciennes	<input type="radio"/> Non

FORMULAIRE D'ADRESSAGE POUR ORIENTATION ESPACE ANTHÉIA CHMS SITE DE CHAMBÉRY



5. BESOINS FORMULÉS PAR LE PATIENT (réponse indispensable)

6. BESOINS IDENTIFIÉS PAR LE PROFESSIONNEL (sur le plan médical, social, psychologique, autres)

7. ATCD MÉDICAUX NOTABLES (pathologie chronique, psychiatrique, addictologie)