

FICHE DE LIAISON INDIVIDUELLE DU SERVICE DE LITS HALTE SOINS SANTE DE L'ESSONNE

A lire impérativement avant de remplir cette fiche :

L'équipe mobile intervient sur signalement, auprès de bénéficiaire dans l'attente de la prise en charge effective par les services du droit commun du secteur de la santé.

- Toute personne orientée doit être connue du professionnel/bénévole/orienteur
- Merci de remplir un formulaire par personne : si plusieurs personnes de la même famille ou groupe, faire une fiche par personne
- Merci de remplir consciencieusement tous les items de cette fiche de liaison

INFORMATIONS PARTENAIRES

- Date de l'orientation : / /
- Coordonnées de la personne à l'origine du signalement :
 - Structure :
 - Nom / Prénom :
 - Numéro de téléphone :/...../...../...../...../...../.....
 - Adresse Email :@.....
 - Souhaitez-vous être présent lors de la première rencontre avec le bénéficiaire
Entouré la réponse choisie
 - OUI
 - NON

INFORMATIONS ADMINISTRATIVE DU BENEFICIAIRE

IDENTITE DE LA PERSONNE ORIENTE

- Nom / Prénom :
- Date de naissance :/...../.....
- Nationalité :
- Lieu d'hébergement :

- Si personne hébergé au 115 ou à la rue veuillez notifier la ville

.....

- Précisez depuis combien de temps la personne vit à la rue :

.....

- Numéro de téléphone :/...../...../...../...../

- Langue(s) parlées(s) :
- Langue(s) comprise(s) :

- Contexte de la rencontre :
 - Rue :
 - Structure :

SITUATION ADMINISTRATIVE

- **Mesure de protection (tutelle/ curatelle) :**

Entouré la réponse

- OUI
 - NON

- **Identité du tuteur/ curateur :**

- Nom :
 - Prénom :
 - Numéro de téléphone :/...../...../...../...../
 - Adresse email :@.....

- **Pièce d'identité / Passeport / Titre de séjour :**

- Précisez le type de document :
 - Date de validité :/...../.....
 - Nationalité :

- **Demande d'asile**

- Date de la demande d'asile :/...../.....
 - Type de procédure (normal, accélérée, dublin) :

- Autres :

INFORMATIONS MEDICALE DU BENEFICIAIRE

NIVEAU ADMINISTRATIF

- PUMA (Protection Universelle Maladie):
 - Date de validité :/...../.....
- ALD (Affection de Longue Durée) :
 - Date de validité :/...../.....
- CSS (Complémentaire Santé Solidaire) :
 - Date de validité :/...../.....
- AME (Aide Médicale D'Etat) :
 - Date de validité :/...../.....

ETAT DE SANTE

- **Antécédents :**
 - Médicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

- Chirurgicaux :

.....

.....

.....

.....

.....

- Psychiatrique :

.....

.....

.....

.....

.....

○ Autres (addiction) :

.....

.....

.....

.....

.....

- Pathologies diagnostiqué(s) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- Difficultés rencontrées pour la prise en charge médicale :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ORIENTATION

- Motifs de l'orientation vers notre service ?

.....

.....

.....

.....

.....

- Médecin traitant :

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si oui coordonnées :

.....

.....

- La personne voit-elle un autre spécialiste médicale ? (psychiatre, gynécologue, psychologue, CMP, addictologue ...)

- ☐ OUI
- ☐ NON

Si oui coordonnées :

.....

.....

- Information importante à transmettre à notre service :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PIECES JOINTES SUPPLEMENTAIRES A NOUS TRANSMETTRE

- Documents médicaux (IRM, Radiographie, Ordonnance, courrier d'orientation ...)
- Autres documents :
 - Document d'identité
 - Couverture sociale

...

Cette fiche de liaison est à nous transmettre par email uniquement avec pour objet d'email « Signalement » : mobile.lhss91@croix-rouge.fr

Les demandes de dossiers sont étudiées une fois par semaine, et les communications se feront uniquement par email

CADRE RESERVE AU LHSS MOBILE 91

Date de réception du dossier :/...../.....

Date de décision :/...../.....

Acceptation de prise en charge :

Motifs de refus :

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

Proposition de réorientation :

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