

CENTRE DE SANTE ESSOR - FICHE D'ORIENTATION 2024

Pour faciliter le traitement de la demande, merci de remplir toutes les rubriques

Date de la demande :

INFORMATIONS PATIENT

NOM :

Prénom(s) :

Sexe : M F Non binaire Nationalité :

Date de naissance : / /

Mineur * (Nom du parent :) Mineur isolé (joindre l'autorisation de prise en charge)

Membres de la famille déjà suivis ou orientés au centre de santé Essor :

Conditions d'hébergement <input type="checkbox"/> Sans solution d'hébergement <input type="checkbox"/> Hébergement collectif <input type="checkbox"/> Chez un tiers <input type="checkbox"/> Domicile personnel <input type="checkbox"/> Autre :	Adresse postale
Téléphone :	Courriel :

Nécessité d'interprétariat à l'entretien d'accueil : oui non

Langue(s) possible(s) :

Statut - Pour les mineurs accompagnés, merci de préciser le statut du (des) parent(s) : <input type="checkbox"/> En demande d'asile : <input type="checkbox"/> OFPRA <input type="checkbox"/> CNDA <input type="checkbox"/> Dublin <input type="checkbox"/> Statutaire (réfugié/protection subsidiaire) <input type="checkbox"/> Bénéficiaire d'un programme de réinstallation Merci de fournir une copie du justificatif du statut.	<input type="checkbox"/> Débouté de la demande d'asile <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

Couverture médicale : <input type="checkbox"/> PUMA-CMUC <input type="checkbox"/> AME <input type="checkbox"/> En attente

MÉDECIN TRAITANT oui non

Nom :

Contact :

AUTRES SUIVIS DEJA ENCLENCHES* oui non

Si oui, lesquels : Santé Mentale Santé Somatique Autres :

Nom du / des professionnels de santé concerné(s) :

Contact(s) :

** A des fins de bonne coordination des soins, merci de nous transmettre tout justificatif ou courrier d'ordre médical qui pourrait accompagner la demande.*



PERSONNE A L'ORIGINE DE L'ORIENTATION

Nom :

Structure / fonction :

Téléphone :

Courriel :

Accord préalable du patient sur le partage d'informations liées à la demande avec la personne à l'origine de l'orientation : oui non

MOTIFS CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE

Avant toute transmission d'informations personnelles et/ou à caractère confidentiel (données médicales, ...), merci d'en informer le patient et de vous assurer de son consentement préalable

A retourner (idéalement au format pdf) à : centredesante@forumrefugies.org

Centre de santé ESSOR - 158 ter rue du 4 août 1789 - CS 71054 - 69612 VILLEURBANNE Cedex - 04 78 03 07 59

RESERVE AU CENTRE DE SANTE

Réception	Date	<input type="checkbox"/> direct	<input type="checkbox"/> Mail	<input type="checkbox"/> fax/courrier	
	Si direct, soignant :		temps consacré :		
Vérification	Date	Accusé réception	Date	Transmission interne	Date
	<input type="checkbox"/> Entretien d'accueil	<input type="checkbox"/> Orientation externe	Vers :	<input type="checkbox"/> Sans suite	Motif :
Suite donnée	Date de décision :	Date d'entretien	Envoi convocation	Motif si absence	
Entretien d'accueil	1 ^{ère} proposition				
	2 ^{ème} proposition				
	3 ^{ème} proposition				



PREFECTURE
DU RHÔNE



PRÉFET
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES



Cofinancé par
l'Union européenne

villeurbanne