

CENTRE DE SANTE ESSOR - FICHE D'ORIENTATION 2025

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

Date de la demande :

INFORMATIONS PATIENT.E

Nom :

Prénom :

Sexe : M F Non binaire

Nationalité :

Date de naissance :/..../....

Si mineur, nom du responsable légal :

Merci de joindre une autorisation de prise en charge

Téléphone :

Adresse mail :

RESERVE AU CENTRE DE SANTE

Date de réception :/..../....

- Courriel Direct
 Justificatif :/...../.....
 AR :/...../.....

Suite donnée

Date 1^{ère} proposition d'EPA :

- Honoré NH Annulé

Date 2^e proposition d'EPA :

- Honoré NH Annulé

- Sans suite
 Orientation externe

Adresse postale	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 :

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

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

Langue(s) possible(s) :

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



Justificatif de situation administrative

Pour les mineurs accompagnés, merci de fournir le justificatif du représentant légal.

- Attestation de demande d'asile
Préciser : OFPRA CNDA Dublin
- Récépissé du statut de protection internationale (réfugié) /subsidaire
- Titre de séjour
- Autre (préciser) :

Pour que la demande puisse être traitée, joindre impérativement une copie du justificatif de situation administrative.

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 j 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 pour le partage d'informations personnelles et/ou à caractère confidentiel (notamment données médicales et courrier de réponse à la demande) entre la personne à l'origine de l'orientation et le centre Essor : oui non

MOTIFS CIRCONSTANCES DE LA DEMANDE

A retourner 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

