

ÉQUIPE MOBILE SANTÉ PRÉCARITÉ

ORIENTEUR

Nom/ Prénom:.....
Organisme/ Fonction:.....
Téléphone/Mail:.....

PROFIL PATIENT

Nom/ Prénom:.....
 Date de naissance:/...../.....
 Lieu de vie:
 Téléphone/ Mail:.....
 Numéro de sécurité sociale:.....

Choix multiple

Critères de précarité

- ☐ Rupture de soin
- ☐ Absence de droits CGSS
- ☐ Isolement
- ☐ Logement insalubre/ précaire
- ☐ Absence de domicile fixe
- ☐ Absence ou manque de ressources
- ☐ Absence ou manque d'autonomie

Partenaires autour de la situation

- ☐ **Mandataire judiciaire**
- ☐ **Associations diverses**
- ☐ **CCAS**
- ☐ **CMP / CSAPA**
- ☐ **PASS**
- ☐ **Professionnels paramédicaux**
- ☐ **Autres**

Volet social

Travailleur social:
Téléphone/ mail:

Démarches sociales en cours:

[illegible]

Volet sanitaire

Médecin traitant:.....
Téléphone:

Pathologies somatiques:.....

.....

.....

Pathologies psychiatriques:

.....

.....

.....

Pathologies addictives:

.....

.....

.....

- ### ○ Risques d'agression verbale ou physique

CE DOCUMENT DOIT ÊTRE TRANSMIS EN FONCTION DU SECTEUR DE VIE DU PATIENT

EST: St Suzanne jusqu'à St Rose
emsapest.974@croix-rouge.fr

QUEST: Port/ Possession jusqu'à St leu
emsapouest.974@croix-rouge.fr

ÉQUIPE MOBILE SANTÉ PRÉCARITÉ

Ce volet est exclusivement réservé à l'équipe mobile santé précarité EST/OUEST

- ☐ Réorientation vers un autre partenaire
- ☐ Refus d'accompagnement EMSaP
- ☐ Accord pour un accompagnement EMSaP

Commentaires:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Primo- évaluation prévue le:...../...../.....

Date de la réponse:/...../.....

