

FICHE D'ORIENTATION

PARTENAIRES

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**

Violet social

Travailleur social:
Téléphone/ mail:

Démarches sociales en cours:

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

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

FICHE D'ORIENTATION

DÉCISION DE L'ÉQUIPE

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:/...../.....

