



FICHE DE LIAISON PARTENAIRE

☐ INTERNE DU CHP	□ EXTERNE
Professionnel effectuant la demande:	
Téléphone :	Mail :
Nom, prénom :	Date de naissance :
Nationalité :	Si non française, date d'arrivée en France :
Besoin de traduction / langue :	Situation régulière / irrégulière / demande d'asile
Adresse :	
Téléphone :	
Peut-on joindre la patiente sans dange	r? OUI NON
Si non, contact de la personne de confiance (n° et/ou mail)	
Quelle est la demande de la patiente ?	
Motif d'orientation vers la MDF ?	
Violences actuelles : OUI NO	N Violences anciennes : OUI NON
Contexte(s) des violences : intrafamiliale	s / conjugales / migratoires / scolaires / professionnelles / autre
Type(s) de violences : psychologiques / p	hysiques / sexuelles / administratives / cyberviolences
ATCD médicaux notables :	Médecin traitant :
Suivi psychologique ou psychiatrique :	
Vulnérabilité : enceinte / isolée / addictions / antécédents psy / handicap / autre	
Enfant(s) à charge (nom, prénom, DDN) :	
Régime social : SS / mutuelle / AME / CMU / aucun	
Suivi social (nom, service et coordonnées du référent) :	
Hébergement : locataire / propriétaire / SDF / 115 / CHRS / hébergée chez un tiers	
Suivi juridique (nom et coordonnées du professionnel) :	

Appel nécessaire de la personne concernée pour une prise de rendez-vous

Maison des Femmes de Dordogne Centre Hospitalier 80 avenue Georges Pompidou – 24 000 PERIGUEUX 05.53.45.31.00 – mdf24@ch-peigueux.fr