* **EXTERNE**
* **INTERNE DU CHP**

**FICHE DE LIAISON PARTENAIRE**

Professionnel effectuant la demande :

Téléphone : Mail :

**Quelle est la demande de la patiente ?**

**Motif d’orientation vers la MDF ?**

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 danger ?** OUI NON

**Si non**, contact de la personne de confiance (n° et/ou mail)

**Violences actuelles** : OUI NON Violences anciennes : OUI NON

**Contexte(s) des violences** : intrafamiliales / conjugales / migratoires / scolaires / professionnelles / autre

**Type(s) de violences** : psychologiques / physiques / 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) :