**Date de la 1ère demande :**

|  |
| --- |
| **Nom et coordonnées du Professionnel et/ou de l’équipe impliquée**: |

|  |
| --- |
| **Patient :**  **Nom- prénom :** |
| **Date et lieu de naissance :**  **Adresse du domicile :** |
| **Tel :**  **Adresse mail :** |

**Si le patient est un enfant/adolescent :**

**Parent 1**

Nom- prénom :

Date et lieu de naissance :

Tel :

Adresse mail :

**Parent 2**

Nom- prénom :

Date et lieu de naissance :

Tel :

Adresse mail :

**Fratrie ou enfants du patient :**

**Nom- prénom :**

Date et lieu de naissance :

**Nom- prénom :**

Date et lieu de naissance :

**Nom- prénom :**

Date et lieu de naissance :

**Différents suivis en cours et antérieurs (suivi social et médical, antécédents d’hospitalisation, passage aux UMP)**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Eléments d’anamnèse du patient (et de la famille)**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Eléments importants :**

* Langues parlées : ----------------------------------------------------------------------------------------------
* Langue maternelle : ------------------------------------------------------------------------------------------
* Ethnie : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------
* Pays d’origine : -----------------------------------------------------------------------------------------------
* Religion : --------------------------------------------------------------------------------------------------------
* Parcours migratoire : -----------------------------------------------------------------------------------------

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Date arrivée en France : -------------------------------------------------------------------------------------
* Situation administrative actuelle : ------------------------------------------------------------------------
* Présence familiale en France ? -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
* Autres éléments importants à préciser -----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Attentes actuelles ou demandes explicites vis-à-vis de cette orientation spécifique :**

**Pour le patient et/ou la famille** : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Pour le professionnel et/ou l’équipe référente** : -------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Signes cliniques actuels observés chez le patient et facteurs de vulnérabilités** :

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Eléments culturels repérés pour le patient /la famille :**

(Symptomatologie, étiologie, soins traditionnels connus…)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Autres orientations déjà en attente pour le patient et/ou pour la famille :**

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Le patient et/ou la famille sont-ils informés de cette démarche ?**

**Oui Non**

Commentaires :

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Le patient et/ou la famille adhérent-ils à cette orientation ?**

**Oui Non**

Commentaires :

------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------