**FICHE D’ORIENTATION SUR LE DISPOSITIF SANTE REFUGIES**

**D. S. R**

*Le Dispositif Santé Réfugiés a pour objectif de permettre l’accès à une offre de soins adaptée aux bénéficiaires de la protection internationale (réfugiés et protection subsidiaire) et autres primo-arrivants signataires du CIR*

**Date de la demande :**

**INSTRUCTEUR :**

NOM : Prénom :

Service et adresse :

En qualité de :

Téléphone : Mail :

**Renseignement Généraux concernant la personne :**

NOM :

Prénom :

Représentants légaux si mineur :

Téléphone : Mail :

Date et lieu de naissance :

Nationalité :

Date d’arrivée en France :

Situation familiale : Choisissez un élément.

Adresse à laquelle le courrier doit vous être envoyé :

Adresse du lieu d’hébergement (si différent) :

Personne à contacter en cas d’urgence (nom – lien avec la personne – coordonnées) :

**Titre de Séjour :**

Date d’obtention du Statut de réfugié / Protection Subsidiaire :

N°AGDREF :

Validité :

**Communication :**

Langues parlées :

Langues écrites :

Langues lues :

Niveau de français : Choisissez un élément.

**PROTECTION SOCIALE :**

N° d’assuré social :

Organisme :

[ ]  CPAM [ ]  Sans couverture Sociale

[ ]  CMUC /CSS [ ]  ALD

[ ]  MSA [ ]  Demande en cours

**TYPE DE RESSOURCES :**Choisissez un élément.:

**ACCOMPAGNEMENT SOCIAL :**

Coordonnées du référent social assurant l’accompagnement de la personne :

**SITUATION LOGEMENT :**

Type d’hébergement / logement lors de la demande : Choisissez un élément.

Une demande auprès d’un bailleur public est-elle en cours ?

[ ] OUI [ ]  NON

Si oui, date de dépôt de la demande et coordonnées de l’organisme auprès duquel la demande a été réalisée (préciser s’il existe plusieurs demandes en cours) :

**SITUATION AU REGARD DE LA SANTE :**

La personne a-t-elle un médecin traitant ?

[ ]  OUI [ ]  NON

 Si oui, précisez le nom et les coordonnées du médecin :

La personne a-t-elle une ou plusieurs pathologies connues ? (les pathologies seront précisées lors de l’entretien avec l’infirmière du service)

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui la personne est-elle en contact avec un professionnel de santé pour cette ou ces pathologies ?

[ ]  OUI [ ]  NON

Si oui, précisez le nom et les coordonnées de ce ou ces professionnels :

**EXPOSE DE LA SITUATION**

Fait le : A :

Signature du demandeur Signature de l’instructeur

(Sans signatures, la demande ne pourra pas être étudiée)

**Cette fiche est à envoyer à l’équipe du DSR :** **vincent.grignou@coallia.org**

***=> avec en copie*** ***maryline.guideau@coallia.org*** ***et*** ***marielaure.guennou@coallia.org***

Ou par courrier au : DSR Coallia - 54, rue du Dourjacq - 29200 Brest