

**FICHE D'ORIENTATION SUR LE DISPOSITIF SANTE REFUGIES ET
RESSORTISSANTS DES PAYS HORS UE**

Date de la demande :

SERVICE ORIENTEUR :

NOM : Prénom :

Service et adresse :

En qualité de :

Téléphone : Mail :

Renseignements Généraux concernant la personne/la famille orientée :

NOM : Prénom :

Téléphone : Mail :

Date et lieu de naissance : Nationalité :

Date d'arrivée en France :

Nature du titre de Séjour :

Validité :

Situation familiale :

Composition familiale :

Lien familial	Etat civil	Age

TYPE DE RESSOURCES :

Adresse postale :

Adresse du lieu d'hébergement (si différent) :

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

Communication :

Langues parlées :

Langues écrites :

Langues lues :

Niveau de français : Choisissez un élément.

DROITS SOCIAUX :

N° d'assuré social :

Organisme régime général :

Organisme régime complémentaire :

Date de fin :

Carte Vitale : oui non

ACCOMPAGNEMENT SOCIAL :

La personne/famille est-elle accompagnée par des professionnels sociaux ?

Coordonnées des professionnels :

SITUATION AU REGARD DE LA SANTE :

La personne/famille a-t-elle un médecin traitant ?

OUI NON

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

Quels sont les professionnels de santé qui interviennent dans le parcours de soin (coordonnées)?

ALD : OUI NON

Quels sont les besoins/demandes de la personne/famille ?

- Accès aux droits
- Accès aux soins physiques
- Accès aux soins psychiques
- Prévention (vaccination, dépistage..)

EXPOSE DE LA SITUATION ET DES BESOINS EN SANTE

Fait le :

A :

Signature du demandeur

Signature de l'instructeur

Cette fiche est à envoyer à l'équipe du DSR

Dsrbrest@coallia.org

06 14 71 94 81

DSR Coallia - 54, rue du Dourjacq - 29200 Brest