

FICHE DE LIAISON à adresser par email :

secretariat.maisondesfemmes@chu-rennes.fr

Pour une orientation vers l'unité hospitalière Maison des Femmes Gisèle Halimi

Date :/...../ 2023

Nom et Prénom du/de la professionnel-le-qui contacte la Maison des Femmes :

.....

Contact : tel et email :

.....

Lieu de travail et institution :

.....

INFORMATIONS INDISPENSABLES :

Nom : Prénom :

Pseudonyme en cas d'anonymat :

Date de naissance :/...../.....

La personne est d'accord pour être contactée confidentiellement

Oui, pour en parler, faire le point

Oui, pour prendre rendez-vous

Non, la personne ne souhaite pas être contactée (demande d'avis uniquement)

Si oui, elle souhaite être recontactée par :

Sur son portable par un appel

Éventuellement préciser les jours et horaires :

Sur son portable par un texto

Sur le portable d'une personne de confiance :

Par courrier à son adresse

Par courrier à une autre adresse :

Point de vigilance : veuillez-vous assurer que le contact transmis garantisse sa sécurité et ne la mette pas en danger.

Téléphone : **Email :**

Si nécessaire, personne de confiance (Noms, prénom, N° et/ou Mail) :

.....

Quel est le besoin de la patiente ?

.....
.....
.....

Qu'attendez-vous de cette orientation ? :

.....
.....
.....
.....

Contexte des violences : Conjugales / Intrafamiliales autre / violences sexuelles (en dehors du couple) / Inceste

Violences actuelles : OUI / NON

Violences anciennes : OUI / NON

Enceinte : OUI / NON / NE SAIS PAS

Besoin traduction : OUI / NON Langue :

.....

En cas d'urgence médicale ou sociale, veuillez contacter le secrétariat de la Maison des Femmes Gisèle Halimi au

INFORMATIONS FACULTATIVES :

Vous pouvez nous faire part de toutes informations que la femme orientée souhaiterait que vous ne transmettiez afin de fluidifier son parcours et de lui éviter les répétitions.

Enfant(s) : Nom Prénom date de naissance :

.....
.....
.....

Situation familiale : Célibataire / En couple / Mariée / Divorcée / Veuve

Suivi social et juridique en cours : nom, service et coordonnées du référent :

.....
.....

Assurance Maladie : Régime générale CPAM / Mutuelle / AME / PUMA / CSS / Aucun

Ressources (salaires/prestations) :

.....

Hébergement : Locataire / propriétaire / SDF / 115 / Hébergée / CHRS

Nationalité :

.....

En situation : régulière / Irrégulière/ demande d'asile

Date d'arrivée sur le territoire :/...../.....

Vulnérabilité : isolée, addiction, antécédents psy/ déprimée, handicap.....

Tout autres informations que vous jugeriez utiles et que la femme orientée souhaiterait nous transmettre :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....