

Professionnel orienteur

Nom et prénom :

Fonction :

Structure :

Tél. :

Lien avec la personne :

Bénéficiaire

Nom et prénom :

Date de naissance : Tél. :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Motif(s) d'orientation(s)

Rupture de soins
Parcours complexes

Accès aux droits
Autres :

Difficultés

Socio-économiques
Pathologies chroniques
Victimes de violences

Isolement
Addictions
Autres :

Handicap
Situation d'exil

Observations

.....
.....

Consentement

Mme, M, j'autorise.....
à communiquer ce document à la médiatrice de santé afin qu'elle prenne
contact avec moi*.

Fait à :

Le :

Signature du professionnel :

Signature de la personne :