

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

Accès aux droits

Parcours complexes

Autres :

Difficultés

Socio-économiques

Isolement

Handicap

Pathologies chroniques

Addictions

Situation d'exil

Victimes de violences

Autres :

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 :