**FICHE DE LIAISON à adresser par email :** **maisondesfemmes@chu-grenoble.fr** **pour orientation vers la Maison des Femmes du CHU Grenoble Alpes**

**DATE de l’adressage :** ……………………………

**ORIENTEE PAR :** ……………………………………………………………………………………... **Téléphone et mail de l’adresseur :** ……………………………………………………………………..

**Nom** …………………………………  **Prénom** …………………………………...

**Date de naissance** …………………………………

**Téléphone** …………………………………  **Email** ……………………………………..

**Peut-on joindre la personne sans danger ?** Oui – Non **Si non, personne de confiance (N° ou mail)** …………………………………………………………...

**Contexte de violences :**

|  |
| --- |
| * Violences conjugales (physiques, psychologiques, sexuelles, économiques, administratives)
 |
| * Inceste
 | * Viol
 |
| * Violences intrafamiliales
 | * Violences extrafamiliales
 |
| * Prostitution
 | * Violences lors du parcours migratoire
 |
| * Autre : ………………………………………………………………………………….
 |

**Violences en cours** : Oui – Non **Violences passées**  : Oui - Non

**Dangerosité de la situation ?** Oui - Non
**Motif ?** …………………………………………………………………………………………………

**Vulnérabilité(s)** :

|  |  |
| --- | --- |
| * Grossesse
 | * Handicap
 |
| * Isolement
 | * Précarité
 |
| * Addiction(s)
 | * Actualité psychiatrique
 |

**Présence d’enfants mineur.es** : Oui – Non

**Quel est le besoin de la patiente ?**
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Qu’attendez-vous de cette orientation ?**
………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Prises en charge actuelles :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Médecin traitant
 | * Psychiatre
 |
| * Juridique
 | * Social
 |
| * Psychologue - CCF
 | * Autre : ………………………………
 |

**Antécédents médicaux** : …………………………………………………………………………………………

**Régime Sociale** : Sécurité Sociale - Mutuelle - AME - CMU – Aucun

**Langue** : ………………………… **Besoin de traduction**: Oui – Non