

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

**Un accompagnement par la Maison des femmes est possible que si la personne concernée est volontaire et réside sur le département de l'Isère.**

**DATE de l'adressage :** .....

**ORIENTEE PAR :** .....

**Téléphone et mail de l'adresseur :** .....

**Nom** ..... **Prénom** .....

**Date de naissance** .....

**Peut-on joindre la personne sans danger ?** Oui – Non

**Téléphone** ..... **Email** .....

**Si non, personne de confiance (N° ou mail)** .....

**Contexte de violences :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Violences conjugales (physiques, psychologiques, sexuelles, économiques, administratives) | <input type="checkbox"/> Viol                                  |
| <input type="checkbox"/> Inceste   | <input type="checkbox"/> Violences extrafamiliales             |
| <input type="checkbox"/> Violences intrafamiliales   | <input type="checkbox"/> Violences lors du parcours migratoire |
| <input type="checkbox"/> Prostitution  |  |
| <input type="checkbox"/> Autre : .....   |  |

**Violences en cours :** Oui – Non

**Violences passées :** Oui - Non

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

**Motif ?** .....

**Vulnérabilité(s) :**

- |                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Grossesse    | <input type="checkbox"/> Handicap                |
| <input type="checkbox"/> Isolement    | <input type="checkbox"/> Précarité               |
| <input type="checkbox"/> Addiction(s) | <input type="checkbox"/> 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 :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Médecin traitant  | <input type="checkbox"/> Psychiatre    |
| <input type="checkbox"/> Juridique         | <input type="checkbox"/> Social        |
| <input type="checkbox"/> Psychologue - CCF | <input type="checkbox"/> Autre : ..... |

**Antécédents médicaux :** .....

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

**Langue :** .....

**Besoin de traduction :** Oui – Non

Si besoin, n'hésitez pas à ajouter un complément d'information à votre demande dans votre mail d'adressage.