



FICHE D'ORIENTATION vers la MFME

Maison des Femmes, de la Mère et de l'Enfant
CHU de la Réunion - Site Nord

A adresser par mail : mfme.nord@chu-reunion.fr

Si besoin d'un RDV en urgence, veuillez contacter directement le secrétariat de la Maison des Femmes, de la mère et de l'enfant au 02 62 90 66 00

Date : .../.../202..

- Orientation par un service du CHU (préciser :.....)
- Orientation par un autre professionnel de santé (préciser :
- Orientation par un autre professionnel (préciser :

INFORMATIONS INDISPENSABLES

Nom :

Nom de Naissance :.....**Prénom :**.....

Pseudonyme en cas d'anonymat :

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

Commune habituelle de résidence :

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 :

- Sur son portable par un appel. Éventuellement préciser les jours et horaires :

.....

- Sur le portable d'une personne de confiance :

- Par courrier à son adresse:.....

- Par mail

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 (Nom, prénom, N° et/ou Mail) :

.....

Besoin de traduction : OUI (Langue :). NON

Contexte des violences :

Conjugales Intra-familiales Inceste Sexuelles Agression au travail

Autre

Violences : **Actuelles** oui non **Anciennes** oui non

Enceinte : oui non ne sait pas

Quel sont les besoins de la patiente ?

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

Qu'attendez-vous de cette orientation ?

.....
.....

INFORMATIONS FACULTATIVES :

Situation familiale : Célibataire En couple Mariée Divorcée Veuve

Enfant(s) co-victime(s) : Nom Prénom date de naissance :

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

Vulnérabilité :

Grossesse Isolée Addictions Antécédents Psy Handicap Autre.....

Hébergement : Locataire Propriétaire Hébergée Autre

Assurance Maladie : Régime général CPAM Mutuelle AME PUMA CSS

Autre

Profession : **Lieu d'exercice** :

.....

Ressources (salaires/prestations) :

Salaires RSA AAH Allocations familiales Autre

Suivi psychologique, social et/ou juridique en cours :

Nom, service et coordonnées du(des) réfèrent(s) :

.....

.....

.....

Autres informations que vous jugeriez utiles et/ou que la victime souhaite nous transmettre afin de fluidifier son parcours et lui éviter les répétitions

.....

.....

.....

.....

.....

.....