|  |
| --- |
| **FICHE D’ORIENTATION SUR LE DISPOSITIF SANTE REFUGIES**  **D. S. R** |

*Le Dispositif Santé Réfugiés a pour objectif de permettre l’accès à une offre de soins adaptée aux bénéficiaires de la protection internationale (réfugié ou protection subsidiaire)*

**Date de la demande :**

|  |
| --- |
| **INSTRUCTEUR :**  NOM : Prénom :  Service et adresse :  En qualité de :  Téléphone : Mail : |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Renseignement Généraux concernant la personne :**  NOM :  Prénom :  Représentants légaux si mineur :  Téléphone : Mail :  Date et lieu de naissance :  Nationalité :  Date d’arrivée sur le territoire français :  Situation familiale :     |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Nom | Prénom | Lien de parenté | Date de naissance | Lieu de vie actuel | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   Adresse à laquelle le courrier doit vous être envoyé:  Adresse du lieu d’hébergement (si différent) :  Personne à contacter en cas d’urgence (nom – lien avec la personne – coordonnées) :  Titre de Séjour :   * Date d’obtention du Statut de réfugié / Protection Subsidiaire : * N°AGDREF : * Validité :   Langues parlées :  Langues écrites :  Langues lues : |

|  |
| --- |
| **PROTECTION SOCIALE :**  N° d’assuré social :  Organisme :  Sécurité Sociale ALD  CMU-C / CSS Sans couverture sociale  Mutuelle En cours |

|  |
| --- |
| **TYPE DE RESSOURCES :** |

|  |
| --- |
| **ACCOMPAGNEMENT SOCIAL**  Référent social assurant l’accompagnement de la personne : |

|  |
| --- |
| **SITUATION LOGEMENT**  Type d’hébergement / logement lors de la demande :  Une demande est-elle en cours ?  OUI  NON  Si oui, date de dépôt de la demande et coordonnées de l’organisme auprès duquel la demande a été réalisée (préciser s’il existe plusieurs demandes en cours) : |

**SITUATION AU REGARD DE LA SANTE :**

La personne a-t-elle un médecin traitant ?

OUI

NON

Si oui, précisez le nom et les coordonnées du médecin :

La personne a-t-elle une ou plusieurs pathologies connues ? (les pathologies seront précisées lors de l’entretien avec l’infirmière du service)

OUI

NON

Si oui la personne est-elle en contact avec un professionnel de santé pour cette ou ces pathologies ?

OUI

NON

Si oui, précisez le nom et les coordonnées de ce ou ces professionnels :

|  |
| --- |
| **EXPOSE DE LA SITUATION** |

Fait le

A

Signature du demandeur Signature de l’instructeur

(Sans signatures, la demande ne pourra pas être étudiée)

**Cette fiche est à envoyer à Sarah OULIVET, coordinatrice du Dispositif Santé Réfugié :**

Par courrier au : 61 rue de la Porte-29200 Brest

Par mail : sarah.oulivet@coallia.org