|  |
| --- |
| **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 ALDCMU-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