**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**

**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