**FICHE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS**

A transmettre par mail sécurisé à cime-bilansante@telesantebretagne.org

**Identité de la personne orientée :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Prénom :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Genre :H [ ]  F [ ]

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Nationalité : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Langues parlées : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Besoin interprétariat, si oui préciser la langue Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date d’entrée en France : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Antécédents de consultations médicales en France ? [ ]  Oui [ ]  Non

Composition familiale : [ ]  Isolé [ ]  Famille *Si famille, autres membres de la famille :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   Noms | Prénoms | DDN | CS à prévoir  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Statut administratif :**

Demandeur d’asile [ ]  Réfugié [ ]  Mineur non accompagné [ ]  Union européenne [ ]  Autre [ ]

**Hébergement :**

Oui [ ]  Non [ ]  Type et adresse d’hébergement :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Droits de santé :**

Demande de droits en cours : Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, date de demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Droits CPAM ouverts : AME [ ]  PUMA [ ]  Date de début des droits : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° Sécurité Sociale (possibilité de joindre l’attestation de droits) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Coordonnées du référent social (professionnel, bénévole…) :**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Prénom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Structure : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Téléphone : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Demande initiale**

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Type de demande [ ]  Consultation d’accueil [ ]  Demande de bilan de santé