



## DEMANDE D'ÉVALUATION EN SANTÉ MENTALE – MAJEUR-E

Nous vous remercions de bien vouloir remplir cette fiche de demande d'évaluation en santé mentale. Des renseignements précis nous permettront de définir au mieux l'orientation.

**Date de demande :** \_\_\_\_\_

### **INFORMATIONS GÉNÉRALES :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  H  F

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Pays d'origine : \_\_\_\_\_

Date d'entrée en France, cas échéant : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_ Droits CPAM ouverts ?  Non  Oui : \_\_\_\_\_

Besoin d'interprète ?  Non, francophone  Oui, langue souhaitée : \_\_\_\_\_

Demandeur d'asile ?  Non  Oui                      Réfugié ou protection subsidiaire ?  Non  Oui

Hébergement :

115  Hôtel  Mairie  DPAR  SPE DA/MNA  CHRS  COORUS  FJT  ACT  CAO  CPH  CADA  CHEZ BENEVOLE  CHEZ COMPATRIOTE  SANS  Autre : Préciser \_\_\_\_\_

Adresse de domiciliation ? : \_\_\_\_\_

Adresse hébergement effectif : \_\_\_\_\_

Des demandes pour d'autres membres de la famille ? Spécifier : \_\_\_\_\_

### **MÉDICAL :**

Médecin traitant : \_\_\_\_\_

Traitement en cours : \_\_\_\_\_

### **RÉFÉRENT SOCIAL :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Institution : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

### **L'ORIENTEUR :**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_ Institution : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

