



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 : _____

