

Demande d'intervention de l'équipe des LHSS Mobiles

Date de la demande : / /

Personne ou organisme demandeur

Nom	:	
Téléphone	: / / / /	
E-mail	:@.....	
La personne peut-elle être rencontrée par notre équipe dans vos locaux ? Si oui, la confidentialité est-elle garantie ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Personne concernée

Nom	:	Prénom
Date de naissance / /	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Langue parlée	:	Nationalité :	:
Contact traducteur	:		

Comment contacter la personne ?

Lieux fréquentés par la personne (ex : associations, lieux d'accueil de jour, ...)
Informations complémentaires (squats, adresses, ...)
Téléphone	: / / / /
E-mail	:@.....

Consentement de la personne

oui non

Motif de la demande (à cocher)

<input type="checkbox"/> Conseil	: besoin d'un avis médical complémentaire / d'un échange partenarial autour de la situation
<input type="checkbox"/> Evaluation	: réalisation d'un bilan de santé par un.e IDE
<input type="checkbox"/> Accompagnement au soin	: intervention suite au besoin repéré d'accompagnement au soin