

Demande d'intervention de l'équipe des LHSS Mobiles

Date de la demande :

Personne ou organisme demandeur

Nom - Prénom	:	
Téléphone	:	
Mail	:	
La personne peut-elle être rencontrée par notre équipe dans vos locaux ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si oui, la confidentialité est-elle garantie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Personne concernée

Nom - Prénom	:		
Date de naissance	:		
Genre	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Autre
Nationalité			
Langue parlée	<input type="checkbox"/> Français	<input type="checkbox"/> Arabe	<input type="checkbox"/> Anglais
	<input type="checkbox"/> Arménien	<input type="checkbox"/> Géorgien	<input type="checkbox"/> Russe
	<input type="checkbox"/> Polonais	<input type="checkbox"/> Autre :	
Contact traducteur	:		
Téléphone	:		
Mail	:		

Comment contacter la personne ?

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

Formulaire à adresser au secrétariat des LHSS Mobiles
lhssmobiles@entraide-et-solidarites.fr