



Demande d'intervention LHSS Mobiles

Formulaire à adresser SVP au secrétariat : lhssmobiles@entraide-et-solidarites.fr

	Date de la demande :
---	-----------------------------

	Motif de 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 soins → intervention suite au besoin repéré d'accompagnement au soin

	Personne ou organisme demandeur		
	Nom - Prénom	:	
	Mail	:	
	Téléphone	:	
	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	:		
	Nom de naissance	:		
	Date de naissance	:	Pays de naissance	:
	Genre	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Autre
	Nationalité			
	Langue(s) parlée(s)	<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"/> Ukrainien	<input type="checkbox"/> Tchadien	
<input type="checkbox"/> Congolais		<input type="checkbox"/> Mongole	<input type="checkbox"/> Autre	
Contact traducteur	:			

	Consentement de la personne ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	--------------------------------------	------------------------------	------------------------------

	Comment contacter la personne ?		
	Lieux fréquentés (associations, accueil de jour, ...) :		
	Informations complémentaires (squats, adresses, ...) :		
	Mail	:	
	Téléphone	:	