**DEMANDE DE CONSULTATION**

Date demande :      

Envoyeur :       Fonction envoyeur :

Tél. :       Email :

**DONNEES DU PATIENT :**

Sexe :  M  F Date de naissance :

NOM et prénom du patient :

Adresse :       Tél. :

Date d’arrivée en CH:       Permis :       Etat civil :

Statut:       Nationalité :       Origine :

Langue :       Interprète :

Assurance (+ n°) :

Médecin traitant/MPR:       Tél. :      Email. :      Infirmière de référence :

Réseau impliqué:

Assistant-e social-e:       Tél. :      Email :

Médication actuelle et/ou antérieure : non  oui

Déjà venu(e) à Appartenances:  non  oui

Interprète :  non  oui Interprète déjà intervenu-e :

Démarches demande d’asile:  en cours  1er recours  autres

Situation familiale :  couple  famille  autres

Souffrance psychique liée à:  vécu de guerre/torture  famille/travail/environnement  migration  pathologie psychiatrique

Besoin de rapport/certificat :  oui  non  peut-être

**MOTIF DE LA CONSULTATION :**

**Initiative de la demande de consultation**De qui émane la demande de consultation à Appartenances ?

|  |
| --- |
|  |

**Problème actuel**

Description succincte du problème actuel – motif de la consultation

|  |
| --- |
|  |

**Contexte du problème**

Description succincte du contexte (social, familial, professionnel du parcours de migration)

|  |
| --- |
|  |

**Symptomatologie (propositions à cocher)**

**Anxiété**  oui  non  ne sait pas Préciser (optionnel) :

**Dépression**  oui  non  ne sait pas Pr :

**Idées suicidaires**  oui  non  ne sait pas Pr :

**Consommation de drogues**  oui  non  ne sait pas Pr :

**Consommation d’alcool**  oui  non  ne sait pas Pr :

**Autres symptômes cliniques**

|  |
| --- |
|  |