

# FICHE DE LIAISON

Date : ... / ... / ...

Nom : .....  
 Prénom : .....  
 Date de naissance : ... / ... / ...  
 Téléphone : .....  
 Email : .....  
 Adresse : .....  
 Si non contact de la personne de confiance : .....

Professionnel effectuant la demande : .....  
 Institution : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....

Quelle est la demande de la patiente ?  
 Motif d'orientation vers la MDF ?

Violences actuelles : OUI / NON  
 Violences anciennes : OUI / NON  
 Contexte(s) des violences : Intrafamiliales / conjugales / migratoires / scolaires / professionnelles / autre  
 Type(s) des violences : Psychologiques / Physiques / Sexuelles / Administratives / Cyberviolences

ATCD médicaux notables : .....  
 Médecin traitant : .....  
 Suivi psychologique ou psychiatrique : .....  
 Vulnérabilité : enceinte / isolée / addictions / antécédents psy/ handicap / autre  
 Enfants(s) à charge (Nom Prénom DDN): .....

Régime Social : Sécurité Sociale / Mutuelle / AME / CMU / Aucun  
 Suivi social (Nom, Service et coordonnées du référent): .....  
 Hébergement : Locataire / propriétaire / SDF / 115 / CHRS / Hébergée chez un tiers  
 Suivi juridique (Nom et coordonnées du professionnel): .....  
 Nationalité : .....  
 Si non française, date d'arrivée en France : ... / ... / ...  
 Situation régulière / Irrégulière/ Demande d'asile  
 Langue : .....  
 Besoin traduction : OUI / NON