Mise a jour 27/09/2016

Feuille d'orientation PASS AMBULATOIRE

Nom du médecin :_____**Date de la consultation :** _____ **_ _/_ _ / 20_ _ à _ _ h _ _**

Cadre réservé à LAVIH

Professionnel orienteur : **Date : _ _ / _ _ / 20 _ _**

NOM et Prénom : ..... Profession :.....

Téléphone :.....Structure : .....

Je vous oriente Monsieur / Madame / Enfant, pour une consultation médicale :

NOM : .....Prénom :.....

Date de naissance :..... Age : .....Téléphone : .....

Adresse/ lieu de vie:.....

.....

La personne reçoit le courrier à cette adresse : ❑ OUI ❑ NON

Si « NON », a t'elle une domiciliation **:** ❑ NON ❑ OUI, merci de renseigner nom de l'organisme

et l'adresse : .....

.....

Motif de l'orientation :.....

Degré d'urgence : ❑ Elevé ❑ Moyen ❑ Non urgent

Nécessité d'interprétariat : ❑ NON ❑ OUI, en langue **:** .....

Accompagnement : ❑ NON ❑ OUI, par : .....

Couverture Maladie : **Numéro de Sécurité.Sociale : _ / __ / __ / __ / ___ / __ clé __**

❍ **OUI :** ❑ Sécurité sociale (base) ❑ Mutuelle

❑ CMU ❑ CMUC jusqu'au _ _ / _ _ / 20 _ _

❍ **En cours :** ❑ AME jusqu'au _ _ / _ _ / 20 _ _

Si en cours : envoyée le : _ _ / _ _ / 20 _ _ à la CPAM de :.....

❍ **NON, préciser le motif :** .....

Dépôt possible à partir du _ _ / _ _ / 20 _ _

Le dossier est fait par :

❑ Le réseau L'AVIH

❑ Un autre professionnel NOM : ..... Tel. : .....

Rendez-vous social le : _ _ / _ _ / 20 _ _

Conditions d'habitation :

❑ Autonome ❑ Famille ❑ Amis ❑ CHU / CHRS ❑ Foyer ❑ Hôtel ❑ Bidonville ❑ Squat ❑ SDF

❑ Autre : .....

Ressources : ❑ Ø Ressources ❑ Minimas sociaux ❑ Salaire / Retraite :

❑ Autre : .....

Autre(s) information(s) importante(s) : .....

.....

.....

Renseignements à transmettre à l'AVIH / Tel : 01 64 80 49 10 / fax : 01 64 80 19 75/ contact@lavih.org

1 place de l'église – 77200 TORCY - Tel : 01 64 80 49 10 – Fax : 01 64 80 19 75 – e-mail : contact@lavih.org – site : www.lavih.org