Centre médico-psychologique Françoise MINKOWSKA
Association Françoise et Eugène MINKOWSKI

DEMANDE D'ORIENTATION AU MÉDIACOR

(Dispositif d'accueil et d'orientation du Centre F. MINKOWSKA)

Version mars 2023

Important !

Page 1 :

- Veillez à bien remplir les **coordonnées de la personne** (adresse et/ou téléphone) car un courrier de réponse lui sera adressé *(précisez envoi par sms si pas d'adresse)*
- Veillez à bien indiquer vos propres coordonnées en cas de besoin de vous joindre pour des informations complémentaires et pour une copie du courrier de réponse.

Page 2 :

- L**es motifs de l'orientation doivent être le plus détaillés possible** afin de disposer de tous les éléments nécessaires à l'étude de la demande.
- Il est important de préciser les **besoins repérés et/ou exprimés de la personne en termes de suivi psychologique et/ou psychiatrique** ; l'**anamnèse**, le **contexte social/familial**.
- L'**accord de la personne** pour cette orientation est bien évidemment primordial.
- **D'une manière générale, les personnes ayant une situation administrative et sociale stable peuvent être orientées vers les CMP de secteur**. *(Ceux-ci ont accès à une enveloppe budgétaire de l'ARS pour l'interprétariat dans le cadre de l'article L.1110-1 du Code de la Santé Publique qui garantit l'égal accès de chaque personne aux soins.)*

Date : .....

Professionnel(le) qui fait l'orientation : ❒ Psychiatre ❒ Psychologue ❒ Travailleur social ❒ Médecin généraliste ❒ Autre (précisez)

Coordonnées (adresse et numéro de téléphone) : .....
.....

Institution qui oriente :

❒ CADA (Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile)
❒ CHRS ❒ ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
❒ Structure de soins ❒ Structure juridique
❒ Structure scolaire ❒ Associations

Nom de la personne orientée : .....

Prénom : .....

Age : .....

Adresse : .....

Tél. : .....

Situation familiale : .....

Pays d'origine : ....

Date d'arrivée en France : .....

Compétence(s) linguistique(s) : ❒ Français ❒ Autres langues (précisez)
.....

Statut administratif : ❒ Demandeur d'asile ❒ Migrant ❒ MENA

❒ Autre (précisez) .....

Trajectoire migratoire / Parcours d'exil : .....
.....

*Informations essentielles sans lesquelles cette demande ne pourra être traitée

Médecin traitant* : ❒ Oui ❒ Non
(Si oui coordonnées) :
.....

Un bilan somatique a-t-il été effectué ? * ❒ Oui ❒ Non

Si oui lequel ? (Joindre les résultats) : .....

Prise d'un traitement médicamenteux ? * ❒ Oui ❒ Non

Si oui lequel ? : .....

.....

Médecin spécialiste ? * ❒ Oui ❒ Non

Si oui coordonnées : .....

Motif(s) de l'orientation * :

→ Joindre un courrier détaillé de la situation + tous les comptes rendus médicaux en lien, ainsi que les ordonnances éventuelles :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....