FICHE SANITAIRE DE LIAISON REFUGIES UKRAINIENS

À remettre au patient en main propre

**PROBLEMATIQUES IDENTIFIEES**

**ANTECEDANTS MARQUANTS**

MEDICAUX :

CHIRURGICAUX :

GYN/OBS :

HANDICAP :

RADIO POUMONS : FAITE, RESULTAT : A FAIRE :

**Tubertest fait : Oui Non**

**Retentissement psychotraumatique : Oui Non**

**Proposition de suivi psychotraumatique (CUMP ou Psychiatrie libérale): Oui Non**

**PATHOLOGIES CHRONIQUES EN COURS DE SUIVI & TRT NECESSAIRES :**

**IDENTITE DU PATIENT**

NOM PRENOM DDN : M / F

NUMERO APS : VILLE ORIGINE UKRAINE :

Lieu d’hébergement :

TEL : MAIL :

**STATUT VACCINAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| VACCINS | TETANOS | POLIO | COQUELUCHE | DIPHTERIE | COVID 19 | ROUGEOLE | TUBERCULOSE | HEP B | PNEUMOCOQUE | MENINGITE | HEP A |  |
| A JOUR  VERIFIE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NON OU  NSP |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**CIRCUIT SANITAIRE**

|  |
| --- |
| **PREMIER EXAMEN REALISE LE : / 2022 A H PAR**    NOM : PRENOM : QUALITE :  MAIL : TEL MOBILE :  ADRESSE :  OBSERVATIONS :  ACTIONS A REALISER :  ETAPE SUIVANTE : |
| **SECOND EXAMEN REALISE LE : / 2022 A H PAR**    NOM : PRENOM : QUALITE :  MAIL : TEL MOBILE :  ADRESSE :  OBSERVATIONS :  ACTIONS A REALISER :  ETAPE SUIVANTE : |
| **TROISIEME EXAMEN REALISE LE : / 2022 A H PAR**    NOM : PRENOM : QUALITE :  MAIL : TEL MOBILE :  ADRESSE :  OBSERVATIONS :  ACTIONS A REALISER :  ETAPE SUIVANTE : |