|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FICHE DE LIAISON SANTE (**mise à jour le / / ) | | | | | | |
| **Données administratives**  NOM : Prénom :  Date de naissance : Sexe :  Pays d’origine : Langues parlées :  N° Sécurité Sociale :  Css valide jusqu’au : | | | **Structure d’hébergement actuelle** : Date d’arrivée :  Contacts :  Péréquation : OUI / NON Département d’origine : Date d’arrivée en France :  **Scolarité/Apprentissage** : | | | |
| **Coordonnées professionnels de santé**   * Médecin Traitant : * Psychologue/psychiatre : * Infirmière de la structure : | | | | **Autonomie**  Sait prendre ses rdv seuls : OUI NON  Sait se rendre à ses rdv seul : OUI NON | | |
| **Antécédents personnels :**  **Antécédents familiaux :** (maladies, décès + motifs, …) | **Bilans :** (joindre dernier bilan sanguin significatif)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Sérologies réalisées (+ résultats): | | | | Examens parasitologiques des selles (nombre) | OUI / NON | (date + résultat) | | Radiographie pulmonaire | OUI / NON |  | | | | | | |
| **Problématiques de santé** (préciser également si troubles digestifs hauts ou bas) | **Suivi par** | **Traitement (si OUI cf ordonnance jointe)** | | | **Prochains rdv (date ou à programmer)** | |
|  |  | OUI NON | | |  | |
|  |  | OUI NON | | |  | |
|  |  | OUI NON | | |  | |
|  |  | OUI NON | | |  | |
| **Le jeune connaît les différents diagnostiques :** OUI NON | | | | | | |
| **Vaccinations** (copie carnet de vaccination, passeport santé) | **Reçues (dates des injections)** | | | | | **A prévoir** |
| DTCP |  | | | | |  |
| Rougeole, Oreillons, Rubéole |  | | | | |  |
| Statut Hépatite B : immunité passive/ vacciné/ non vacciné |  | | | | |  |