|  |
| --- |
| **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 NONSait 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 |  |  |