

FICHE DE PREMIER CONTACT **A**



Appelant·e (nom, contact)

Date

Reçu par

Adressé à

DONNÉES ADMINISTRATIVES

PERSONNE(S) CONCERNÉE(S)

Nom

Prénom

Genre

Pronom

État civil

Date de naissance

Adresse

Email

Téléphone

Date d'arrivée en Suisse

Nationalité :

Langue maternelle, autres langues

Pays d'origine

Si traduction.
Nom et prénom de l'interprète

Permis

Assurance

Médecin de Famille *

Médecin prescripteur *

Nom, Prénom

Nom, Prénom

Téléphone

Téléphone

E-mail

E-mail

RCC

RCC

Origine de la demande (identité de l'envoyeur et institution, contexte et contact)

Médecin, infirmier·ère de référence, assistant·e social·e

Patient·e au courant de la démarche et d'accord?

Oui

Non

Ne sait pas

*Informations indispensables pour la prise en charge par la LAMAL

FICHE DE PREMIER CONTACT **B**

DONNÉES CLINIQUES

Problème actuel (idée succincte sur la motivation actuelle de la demande de consultation)

Contexte du problème (idée succincte du contexte social, familial, de la profession, du parcours de migration, de la période arrivée en Suisse, du réseau mentionné spontanément et si scolarisé, nom de l'école)

Existe-t-il une psychothérapie en cours avec prescription ?

oui non

Si oui, à combien de séances au moment de la demande à Appartenances-Ge ?

Traitements médicamenteux

Remarques



Imprimer le formulaire (depuis votre navigateur, faites /fichier/imprimer)

Envoyer le formulaire par email (depuis votre navigateur, faites /fichier/partager/envoyer par email)