

FICHE DE LIAISON

Fiche à adresser par mail à dispositifviolences@armorsante.bzh

Identité de la personne orientée

Nom / Prénom : (initiales possibles si anonymisation souhaitée)

Date de naissance / Âge :

Situation de handicap (facultatif) : _____

Grossesse en cours (si connu DDG) : _____

Présence d'enfants au domicile / enfants co-victimes : OUI NON — Préciser nombre et âge : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Besoin d'interprétariat : OUI / NON Langue souhaitée : _____

Mode(s) de contact possible : ☎ Téléphone : _____

✉ Mail : _____

🏠 Autre (personne de confiance à contacter si la personne ne peut l'être sans danger) : _____

Informations du professionnel orientant

Nom / Prénom :

Profession :

Structure / lieu d'exercice :

Téléphone :

Adresse mail professionnelle :

Motif(s) de l'orientation *Cochez les cases correspondantes*

Violences actuelles : OUI / NON

Violences anciennes : OUI / NON

Violences conjugales / intrafamiliales. Type(s) de violences (si connu) : _____

Violences sexuelles / incestes

Mutilations sexuelles féminines (excision)

Mariage forcé

Système de prostitution

Violences migratoires

Autre : _____

Contexte de la situation : *Résumé succinct : faits connus, niveau d'urgence, demandes exprimées, démarches engagées ou prévues (ex. : séparation en cours, dépôt de plainte, suivi psy, certificat médical, pathologie, addiction, enfants à charge, hébergement...).*

Attentes vis-à-vis de la Maison des Femmes Santé : *Cochez les demandes formulées ou attendues*

- Premier contact téléphonique pour faire le point et envisager une orientation adaptée
- Entretien spécialisé violences
- Évaluation médico-psycho-sociale globale
- Rédaction de certificat médico-légal
- Accompagnement psychologique / psychotrauma
- Aide pour les démarches sociales (logement, isolement, accès aux droits...)
- Aide pour les démarches juridiques
- Suivi gynécologique / contraception
- Autre : _____

Niveau d'urgence

- Oui – contact souhaité dans les 72h
- Non – possibilité de RDV sous 10-15 jours
- À discuter ensemble : _____

Documents utiles joints (si disponibles)

- Compte-rendu médical / certificat médico-légal
- Copie de la plainte ou autres démarches judiciaires
- Pièce d'identité / Carte Vitale / Attestation de droits

En cas de demande de certificat dans le cadre d'une procédure d'asile (facultatif)

Merci de compléter si la personne est concernée par une procédure liée à une demande d'asile

Date d'arrivée en France : _____

Date de convocation ou d'audience (OFPRA / CNDA / OQTF) : _____

Travailleur social référent / structure accompagnante : _____

Éléments à joindre au mail :

- Récit d'asile / Pièce d'identité / Attestation de droits à la sécurité sociale (si disponibles)

✉ Merci d'envoyer cette fiche à : dispositifviolences@armorsante.bzh

☎ Pour toute question : 02.96.01.84.36