ENTRETIEN D'ACCUEIL

Accueil | Conditions de vie | Recours aux soins

RAPPEL IMPORTANT :

L'entretien d'accueil permet de recueillir les informations au jour de la 1ère visite du patient. Une fois l'entretien complété, les informations ne doivent pas être modifiées ou mises à jour.
Pour toute démarche médico-sociale entreprise avec le patient (orientation pour ouverture de droits, aide aux démarches, etc.), vous devez vous rendre dans le DOSSIER MEDIATION SOCIOSANITAIRE du patient.

Date de création de l'Entretien d'accueil _____ (jj/mm/aaaa)

Besoin d'interprétariat

Langues parlées :

Intervention d'un interprète à l'entretien ?

- ○ Oui, par un intervenant MdM
- ○ Oui, par une tierce personne (personne accompagnante, autre personne)
- ○ Oui, par un interprète professionnel (ISM-interprétariat, etc.)
- ○ Non
- ○ (Annuler)

Besoin d'interprétariat

Si la personne ne parle pas le français, ou pas suffisamment pour mener cet entretien aisément, merci de renseigner la question sur le besoin d'interprétariat qui est à l'ACCUEIL PATIENT avant de débuter cet entretien.

Lieu de la consultation/rencontre

Lieu de l'entretien :

- ○ Domicile de la personne
- ○ Local MdM
- ○ Permanence délocalisée
- ○ Consultation par téléphone
- ○ Autre
- ○ (Annuler)

Préciser lieu délocalisé : _____

Autre, précisez : _____

Motif

Vous vous adressez ici pour :

- ☐ Des questions d'ordre administratif, social ou juridique
- ☐ Des raisons médicales ou dentaires
- ☐ Des raisons paramédicales (soins infirmiers, kiné, etc.)
- ☐ Besoin de dépistage / prévention
- ☐ Un besoin de soutien moral / psychologique
- ☐ Autre

Autre, précisez : _____

Orientation

Comment avez-vous été adressé(e) ici ?

- ○ Bouche à oreille
- ○ Professionnel ou structure de santé
- ○ Travailleur social
- ○ Une association
- ○ Après un premier contact avec MdM
- ○ Autre
- ○ (Annuler)

Précisions :

- ○ Lors d'une permanence délocalisée
- ○ Lors d'un événement particulier (journée santé, journée prévention)
- ○ Autre
- ○ (Annuler)

Autre, précisez : _____

commentaires libres

Commentaires libres, Précisions :

Accueil | **Conditions de vie** | Recours aux soins

IMPORTANT : NE SAISIR LES INFORMATIONS CI-DESSOUS QU'UNE SEULE FOIS (A LA PREMIERE VISITE DU PATIENT)

Lieu de vie

Depuis combien d'années résidez-vous ici ?
- < 1 an
- [1-3 ans [
- [3-5 ans[
- 5 ans ou plus
- Depuis toujours
- Ne sait pas
- (Annuler)

Quel est ou quels sont les motifs de votre installation ?
- Projet professionnel
- Facilité de logement
- Rapprochement familial/suivi de conjoint
- Attache familiale
- Autre

Préciser :

Actuellement, quelle est votre situation vis-a-vis du logement ?
- Logement personnel (dont caravane sur terrain légal)
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis
- Hébergé(e) par une association
- Sans domicile fixe, à la rue
- Occupant un terrain sans droit (campement illégal)
- Occupant un logement sans bail (sans contrat légal, squat)
- Autre
- (Annuler)

Type de logement :
- Maison/pavillon
- Appartement/Studio
- Chambre
- Caravane
- Autre
- (Annuler)

Précisions :

Concernant votre logement, êtes vous : Propriétaire | Locataire | Non concerné | (Annuler)

S'agit-il d'un logement social ? Oui | Non | (Annuler)

Considérez-vous votre situation vis-à-vis du logement comme stable ou précaire ? Temporaire / Instable | Stable | (Annuler)

Disposez-vous d'une adresse pour recevoir votre courrier ? Oui | Non | (Annuler)

Préciser :
- Adresse personnelle ou chez famille/amis
- Domiciliation administrative
- Ne sait pas
- Autre

Situation familiale

Actuellement, vivez vous seul dans votre logement ? Oui | Non

Actuellement, vivez-vous en couple ? Oui | Non

Avez-vous des enfants ? Oui | Non

Combien sont à charge ? *Il s'agit des enfants du foyer OU hors du foyer mais nécessitant un soutien financier*

Avez-vous d'autres personnes à charge ? Oui | Non

Combien ? *En dehors des enfants*

Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que parents et enfants ? Oui | Non

En cas de difficultés, y-a-t-il dans votre entourage ou votre famille, des personnes sur qui vous puissez compter pour :

... vous héberger quelques jours en cas de besoin : Oui | Non

... pour vous apporter une aide matérielle : Oui | Non

Moyen de transport

Avez-vous un moyen de transport personnel ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Si non, pourquoi ?
- ☐ Pas de permis de conduire
- ☐ Difficultés financières (prix élevé de l'essence, l'assurance, entretien ou réparations)
- ☐ Autre

Autre, précisez : _____

Est-ce que vous avez accès à des transports en commun à proximité de votre domicile ou même depuis votre commune ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Quelle est la fréquence de passage des transports en commun depuis votre commune d'habitation ?
- ◯ Plusieurs fois par jour
- ◯ 1 fois par jour
- ◯ entre 2 et 5 fois par semaine
- ◯ 1 fois par semaine
- ◯ Ne sait pas
- ◯ Jamais
- ◯ (Annuler)

Activité professionnelle & situation administrative

Actuellement, avez-vous une activité professionnelle ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Précisez le type d'activité :
- ◯ Occupe un emploi stable
- ◯ Occupe un emploi temporaire/saisonnier (y compris apprentis)
- ◯ Travail non déclaré, au noir
- ◯ (Annuler)

Durée : ◯ Temps plein ◯ Temps partiel ◯ (Annuler

Précisez votre situation :
- ◯ Retraité
- ◯ Personne au foyer
- ◯ Invalide
- ◯ Scolarisé/étudiant/stagaire
- ◯ Demandeur d'emploi
- ◯ (Annuler)

Agriculteur ou exploitant agricole ou conjoint collaborateur

Etes-vous agriculteur ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Dernière date d'entrée en France ? ____ ____ ____ (jj/mm/aaaa)

Pour les dates incomplètes, utilisez « 01 » pour les valeurs inconnues (jour et/ou mois)

Quelle est votre situation au regard du séjour ?
- ◯ En situation régulière*
- ◯ En situation irrégulière**
- ◯ (Annuler)

Quelle est votre situation au regard du séjour ?
- ◯ Visa touriste (visa C, etc.) en cours de validité
- ◯ RV ou convocation (Préfecture, OFPRA, CNDA)
- ◯ Titre de séjour (APS, récépissé, attestation de dépôt) valide de 1 à 6 mois
- ◯ Titre de séjour autre durée (APS ou CST, etc.)
- ◯ Carte de résident de 10 ans
- ◯ Titre de séjour dans un autre pays européen et depuis < 3 mois en France
- ◯ Titre de séjour dans un autre pays européen et depuis > 3 mois en France*
- ◯ Sans titre de séjour / Sans autorisation de séjour en France*

Loisirs

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ◯ Oui ◯ Non ◯ (Annuler)

Ressources

Quelle est l'origine de vos ressources actuelles

- ☐ Aucun revenu
- ☐ Salaires/indemnités journalières
- ☐ RSA socle
- ☐ RSA activité
- ☐ Allocations chômage
- ☐ Allocation temporaire d'attente (ATA)
- ☐ Allocation adulte handicapé (AAH)
- ☐ Indemnités de stages
- ☐ Pension d'invalidité
- ☐ Pension au titre de la retraite
- ☐ Autre

Autre, précisez :

Y-a-t'il des périodes dans le mois où vous rencontrez de réelles difficultés financières pour faire face à vos besoins ? ○ Oui ○ Non ○ (Annuler)

Rencontrez-vous parfois un travailleur social ? ○ Oui ○ Non ○ (Annuler)

Rencontrez-vous parfois une association caritative (autre que MdM) ? ○ Oui ○ Non ○ (Annuler)

Loisirs

Etes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois ? ○ Oui ○ Non

Etes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois ? ○ Oui ○ Non

Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois ? ○ Oui ○ Non

Accueil | Conditions de vie | **Recours aux soins**

Couverture maladie

Avez-vous une couverture maladie ? ○ Oui ○ Non

Une demande est-elle en cours ? ○ Oui ○ Non

Pourquoi ?

Quel type de droit de base avez-vous ? ○ PUMa ○ AME

Quel régime ?

- ○ MSA
- ○ RSI
- ○ CPAM
- ○ Autre
- ○ (Annuler)

Autre, précisez :

Avez-vous une complémentaire ? ○ Oui ○ Non

Précisez :

- ○ CMUc
- ○ Complémentaire/mutuelle privée

Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas de mutuelle ?

- ☐ N'en voit pas l'utilité
- ☐ Ne connaît pas ce dispositif
- ☐ Trop chère
- ☐ Ne sait pas
- ☐ Autre

Autre, précisez :

Etes-vous bénéficiaires de l'ACS ? ○ Oui ○ Non

Obstacles

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez pour accéder aux soins ?

Ne pas citer les obstacles. Il s'agit des obstacles cités spontanément par la personne ou répétés tout au long des entretiens. Plusieurs réponses possibles

- ☐ Aucune difficulté déclarée
- ☐ Méconnaissance des droits et des structures (soins, accès au droit, médecins traitant)
- ☐ Difficultés administratives (complexité des démarches, absence de preuves de présence en France, etc.)
- ☐ Difficultés financières (complémentaire trop chère, avance de frais, dépassement d'honoraire, soins non pris en charge, etc.)
- ☐ Difficultés liées aux transports/mobilité
- ☐ Mauvaise expérience dans le système d'accès aux droits (refus guichet, demande de pièces abusives, etc.)
- ☐ Mauvaise expérience dans le système de soins
- ☐ Autre raison exprimée
- ☐ Non concerné(e)

Autre, précisez :

Score Epices

Score Epices : Seuil de precarité Score indéterminé

Etat de santé perçu

	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Très mauvais
Comment est votre état de santé général ?	○	○	○	○	○
Comment est votre état de santé physique ?	○	○	○	○	○
Comment est votre état de santé psychologique et émotionnel ?	○	○	○	○	○

Quand vous vous sentez malade, dans un 1er temps, êtes-vous plutôt du genre à...

- ○ Attendre pour voir si le problème ne s'arrange pas tout seul
- ○ Essayer de vous soigner par vous-même par des médicaments (automédication)
- ○ Aller rapidement chez le médecin
- ○ Utiliser des remèdes de grands-mères ou des techniques alternatives (tisanes, rebouteux,...)

Renoncement aux soins et refus de soins

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà reporté ou renoncé à des soins ? ◯ Oui ◯ Non

Pour quel type de soins ?

- ☐ Dentiste
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin spécialisé
- ☐ Autre

Autre, précisez :

Au cours des 12 derniers mois, a-t-on déjà refusé de vous soigner dans une structurede santé ? ◯ Oui ◯ Non

Précisez quel corps professionnel :

- ☐ Dentiste
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Médecin spécialisé
- ☐ Autre

Autre, précisez :

Pour quel motif ?

- ☐ Le médecin ne prend pas la CMUc ou l'AME
- ☐ Le médecin ne prend pas de nouveau patient
- ☐ Autre

Autre, précisez :