

Fiche d'orientation

Date de la fiche d'orientation : _____

Entourez l'orientation préconisée

CSAPA Hôpital de la Croix-Rousse : 04.26.73.25.90 fanny.galland@chu-lyon.fr 103 Grande Rue de la Croix-Rousse 69004 CSAPA Lyon Presqu'île : 04.72.65.06.00 csapa.lyon@addictions-france.org 22 rue Seguin 69002	PMI Lyon 1^{er} : 04.28.67.14.15 mdm.lyon1@grandlyon.com 18 rue Neyret 69001 PMI Lyon 2^{ème} : 04.28.67.17.00 mdms.lyon2@grandlyon.com 9 bis rue Sainte-Hélène 69002 PMI Lyon 4^{ème} : 04.28.67.22.10 mdm.lyon4@grandlyon.com 51 Rue Deleuvre 69004	Maternité de la Croix-Rousse : hcl.maternite-croix-rousse@chu-lyon.fr OU CR.sagefemme-psychosociale@chu-lyon.fr 103 Grande Rue de la Croix-Rousse 69004	Equipe mobile de liaison en addictologie (ELSA) Hôpital de la Croix-Rousse : 04.26.73.28.40 ghn.elsa@chu-lyon.fr 103 Grande Rue de la Croix-Rousse 69004
---	---	--	--

PATIENT·E

NOM Prénom : _____

Date de naissance : _____

Motif de l'orientation & Informations particulières :

RÈGLES DE TRANSMISSION D'INFORMATIONS

- **Consentement éclairé** : Toujours recueillir l'accord explicite de la patiente avant toute transmission d'information à un·e autre professionnel·le ou structure. Informer la patiente sur la nature des informations partagées, leur utilité et les destinataires.
- **Respect du secret médical** : Transmettre uniquement les informations strictement nécessaires à la prise en charge, dans le respect de la confidentialité.
- **Clarté et pertinence** : S'assurer que les informations transmises sont claires, précises, factuelles et utiles à la continuité des soins.
- **Coordination** : Privilégier, lorsque c'est possible, des échanges directs entre professionnel·les pour garantir la bonne compréhension et éviter les ruptures de parcours.
- **Respect de la volonté de la patiente** : Permettre à la patiente d'exprimer ses préférences sur les professionnel·les à contacter et sur le partage de certaines informations sensibles.
- **Accessibilité** : Remettre à la patiente, si elle le souhaite, un exemplaire ou un résumé de la fiche d'orientation et des coordonnées des professionnel·les vers lesquels elle est orientée.

☐ Retour souhaité par le·a professionnel·le de santé libéral·e

Signature