



Nom, Prénom :  
Date de naissance :  
Dispositif annonceur :  
Début du suivi par dispositif annonceur :  
Collaborateur :

## **INFOS : ANNONCE DE CAS AU BUREAU**

<b>DONNEES ET SITUATIONS PERSONNELLES ...</b>			
Nom		Prénom	
Adresse		NPA Lieu	
Date de naissance		NSS	
Nationalité		Titre de séjour En CH depuis	
Téléphone  N° portable  Adresse e-mail		Etat civil	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> marié <input type="checkbox"/> veuf (ve) <input type="checkbox"/> séparé (e) <input type="checkbox"/> divorcé (e) <input type="checkbox"/> partenariat enregistré <input type="checkbox"/> partenariat  depuis le
Enfants		Autres personnes à charge	
Sous curatelle	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui : Nom, prénom  Adresse du curateur  Tél.	

### **1 SITUATION PRIVEE**

--

### **2 FACTEURS PERSONNELS**

#### **Situation psychosociale (facteurs de risques prédominants)**

--



**3 SITUATION PROFESSIONNELLE**

--

**4 SITUATION ASSECUROLOGIQUE – COLLABORATEURS IMPLIQUES**

<b>ORP :</b>
<b>OAI :</b>
<b>CMS :</b>
<b>ADDICTION VS</b>
<b>SUVA :</b>
<b>CIO/OSP/SFOP :</b>
<b>AUTRES :</b>

**5 SITUATION MEDICALE**

Question(s) spécifique(s) éventuelle(s) pour le médecin du SMR :
Nom, prénom / tél. du/des médecin(s) traitant(s) :

**6 ATTENTES EN MATIERE DE CII**

--

**7 CONCLUSION – DECISION BUREAU**

--