

**FICHE DE LIAISON – GROSSESSES ADOLESCENTES**

Date :

Le professionnel qui oriente

:

Nom

:

Profession

:

Lieu d’exercice

:

Mail

:

Téléphone

:

|  |  |
| --- | --- |
| **L’ADOLESCENTE**   |  |
|  Nom :  |  Prénoms :  |  |
| Date de naissance : / /  |  Lieu de naissance :  |  |
|  Nationalité :  |  Téléphone :  |  |
| Adresse :   Terme actuel :   | Nombre d’enfant : A charge :  |  |
| Situation actuelle : □ scolarisée  |  □ formation □emploi  | □ autre  |
| Préciser noms, coordonnées des établissements :  Ressources : €  |   Nature des ressources :  |  |
|  | **LA FAMILLE**   |  |

Vous vivez avec : □ votre compagnon □ vos frères & sœurs □ votre mère

 □votre père □ Autre (préciser)

**PROBLEMATIQUES RENCONTREES**

 (Plusieurs problématiques doivent être relevées)

□ prise en charge en famille d'accueil

□ ATCD de mort fœtal In Utéro, décès périnatal

□ Isolement social (aucune famille présente en Guyane)

□ Logement insalubre : (Pas d'eau, Pas d'électricité, Habitat surpeuplé = Nbre d'hab/ pièce)

□ Sans domicile fixe

□ Victime de violence intra et extra familiale

□ Addiction Toxicomanie, dépendance alcoolique

□ Déni de grossesse

□ Pas de couverture sociale

□ ATCD de viol

□ ATCD > 2 IVG

□ Analphabétisme (ne sait ni lire ni écrire)

□ Grossesse non suivie

□ Déscolarisation

□ Pathologie(s) psychiatrique(s) diagnostiquée(s)

□ personne en situation de handicap

□ Mineures de moins 15 ans

□ Prostitution

□ Errance

□ Grossesse actuelle issue d'1 viol

□ Autres ……………………………………………………………………………………………………………………

Si des éléments complémentaires vous semblent important à préciser sur le plan :

→ social, administratif :

→ santé :

→ familial :

→ scolaire :

→ juridique :

→ autre :

**PROFESSIONNELS INTERVENANTS DEJA SUR LA SITUATION**

* Professionnels de santé (indiquer les raisons) :

* Professionnels du secteur social (indiquer les raisons) :

* Professionnels de la justice (indiquer les raisons) :

* Autre (indiquer les raisons) :

**ACTIONS DEJA MISES EN PLACE A LA DECOUVERTE DE LA SITUATION COMPLEXE**

□ Signalement

□ Information Préoccupante

Fait le …………. Nom, fonction et institution ayant effectué le signalement

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

□ Placement

□ Administratif , date ………………………………………. □ Judiciaire, date……………………………………………………………….

ACTIONS MISES EN PLACE (à dater si possible) :

OBSERVATIONS ET PRECONISATION DES PROFESSIONNELS :

PRECONISATION DU RESEAU :

**Réseau Périnat Est Guyane – TALBOT Aline – 06.94.16.44.33 – grossessesadolescentes.rpg@gmail.com**

**Réseau Périnat Ouest Guyane – GONNEAU Audrey – 06.94.99.18.36**

**Grossessesadolescentes.ouest@gmail.com**