

Demande d'accès à un médecin de famille Guichet d'accès

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone (m) : _____ Téléphone (t) : _____

Date de naissance : ____/____/____ Assurance maladie : ____/____/____

Expiration : ____/____ (année/mois)

Langues de communication : _____

Pourquoi cherchez-vous un médecin de famille ? (Cochez)

Je suis sans médecin de famille

Départ de mon médecin de famille → son nom : _____

Je viens d'emménager sur le territoire du CSSS de Thérèse-De Blainville

INFORMATIONS CLINIQUES

1. Avez-vous un problème de santé diagnostiqué par un médecin ?

Non

Oui (spécifiez)

2. Êtes-vous suivi par un médecin spécialiste ?

Non

Oui

Nom-Prénom :	Spécialité :
Coordonnées	
Nom-Prénom :	Spécialité :
Coordonnées :	

3. Prenez-vous des médicaments ?

Non

Oui

→

(Si OUI, demandez à votre pharmacien la liste de vos médicaments et la joindre à cette demande)

4. Recevez-vous actuellement des services du CSSS de Thérèse-De Blainville ?

Non

Oui

Si OUI, lesquels ?

Données	Renseignements/Coordonnées
1- Services reçus / actuels au CLSC:	Nom :
	Téléphone :

5. Avez-vous été hospitalisé au cours des 2 dernières années ?

Non Oui → *Si oui, pourquoi et combien d'hospitalisations:*

Hospitalisation récente :	Raison :
	Endroit :
Hospitalisation	Raison :
	Endroit :
Hospitalisation	Raison :
	Endroit :

6. Avez-vous visité l'urgence d'un hôpital dans la dernière année ?

Non Oui → *Si oui, pourquoi :*

Clinique ou CH (spécifiez) Nom ::	Raison :
Clinique ou CH (spécifiez) Nom :	Raison :
Clinique ou CH (spécifiez) Nom :	Raison :

7. Êtes-vous enceinte ? Non Oui

Formulaire rempli par :

Usager _____

Parents (pour les moins de 18 ans) _____

Je donne au Service de l'accessibilité médicale l'autorisation de conserver les renseignements me concernant dans une banque centrale sécurisée, le tout dans le respect le plus strict des règles de sécurité. Par la même occasion, j'autorise le Service de l'accessibilité médicale à transmettre l'information nécessaire à la prestation des soins ou des services requis par mon état de santé au médecin qui acceptera de devenir mon médecin de famille dans le cadre de mon inscription. Ce consentement est valide pour la durée de la présente inscription.

Signature : _____ Date : _____