

Guichet d'Accès pour Clientèle sans Omnipraticien

Centre de santé et de services sociaux de Gatineau

* Veuillez écrire en LETTRES MAJUSCULES

* Les personnes de 14 ans et plus doivent compléter elles-mêmes le formulaire et un seul formulaire par personne est nécessaire.

Identification de la personne

Date d'inscription :

No d'assurance-maladie _____	Date de naissance (AAAA-MM-JJ) _____
Nom _____	Âge _____
Prénom _____	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin
Adresse _____	<input type="checkbox"/> Masculin
Ville _____	Langue de communication <input type="checkbox"/> Français
Code postal _____	<input type="checkbox"/> Anglais
Numéro téléphone _____	<input type="checkbox"/> Autre
Maison: _____	
Travail: _____ Poste: _____	
Autre: _____	
CLSC de votre secteur	<input type="checkbox"/> Gatineau
	<input type="checkbox"/> Hull
	<input type="checkbox"/> Aylmer

Demande de service

Provenance:	<input type="checkbox"/> usager lui-même	<input type="checkbox"/> Professionnel du réseau
	<input type="checkbox"/> clinique médicale	<input type="checkbox"/> CSSS, précisez _____
	<input type="checkbox"/> autre, précisez _____	
Dernier médecin de famille: _____	dernière visite médicale: _____	
Précisions si requis: _____		

Évaluation

Souffrez-vous de maladies diagnostiquées ? Précisez : _____			
Comment est votre état de santé ?	Chronique <input type="checkbox"/>	En traitement <input type="checkbox"/>	
	Non Contrôlé <input type="checkbox"/>	Contrôlé ou Stable <input type="checkbox"/>	
	En rémission <input type="checkbox"/>	Autre, précisez _____	
Prenez-vous des médicaments ? Si oui, lesquels: _____			
Recevez-vous actuellement des soins d'un CLSC ? Précisez: _____			
Êtes-vous suivi par un spécialiste ?	Si oui, lequel ? _____		
Avez-vous été hospitalisé au cours des 2 dernières années ?	Si oui, lieu et raison: _____		
Avez-vous eu une chirurgie au cours des 2 dernières années ?	Si oui, lieu et raison: _____		
Avez-vous visité une urgence dans la dernière année ?	Combien de fois ? _____		
Avez-vous un problème de santé ou un handicap qui rend vos déplacements difficiles ? Si oui, lesquels ? _____			
Autres commentaires: _____			

Je donne au guichet d'accès pour la clientèle sans omnipraticien l'autorisation de conserver les renseignements me concernant dans une banque centrale sécurisée, le tout dans le respect le plus strict des règles de confidentialité. Par la même occasion, j'autorise le guichet d'accès 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 : X
(Signature requise si non transmise en ligne)

Date: _____

Si transmission par télécopieur :

Guichet d'accès pour clientèle sans omnipraticien au 819 966-6202

Si transmission par la poste :

Guichet d'accès pour clientèle sans omnipraticien
Centre de santé et de services sociaux de Gatineau
116 boulevard Lionel-Émond
Gatineau (Québec) J8Y 1W7