

Guichet d'accès pour la clientèle orpheline du territoire du CSSS de Trois-Rivières

INFORMATIONS IMPORTANTES AUX USAGERS

Dans le but de permettre aux personnes très malades d'avoir accès à un médecin de famille, le CSSS de Trois-Rivières a mis sur pied un système de référence pour obtention d'un médecin de famille appelé « Guichet d'accès pour la clientèle orpheline ». À cet effet, veuillez prendre note des informations suivantes :

1. Tout en tenant compte de la disponibilité des effectifs médicaux, votre état de santé pourrait justifier votre inscription au guichet d'accès. Cependant le fait de remplir ce questionnaire **ne vous garantit aucunement** l'obtention d'un médecin de famille.
2. Toutes les informations ainsi obtenues sont traitées de façon confidentielle et font partie de votre dossier médical.
3. Il est possible qu'une personne (infirmière ou médecin) communique avec vous afin d'obtenir des précisions concernant votre état de santé.
4. Votre dossier sera évalué et suite à cette évaluation, une priorisation vous sera attribuée.
5. Si, entre-temps votre état de santé se détériorait, vous devez consulter dans une clinique médicale sans rendez-vous ou à l'urgence.

Guichet d'accès pour la clientèle orpheline du territoire du CSSS de Trois-Rivières

Formulaire de pré-inscription

Identification de la personne à inscrire

Numéro d'assurance maladie		Date d'expiration		Nom de famille à la naissance			Prénom usuel		
Date de naissance (aaaa-mm-jj)			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Langue <input type="checkbox"/> Fr. <input type="checkbox"/> An. <input type="checkbox"/> Autre		ind. rég. Tél. (dom.)	ind. rég. Tél. (bur.)	
Adresse : Numéro		Rue			Appartement	Ville		Province	Code postal
Numéro dossier CHRTR		Numéro dossier CSSSTR		Nom et prénom de la mère			Prénom du père		

Identification du représentant de la personne inapte

Nom et prénom							
<input type="checkbox"/> tuteur <input type="checkbox"/> curateur <input type="checkbox"/> mandataire <input type="checkbox"/> personne significative _____							
Adresse postale : Numéro		Rue					Appartement
Ville				Province		Code postal	
Ind. Rég.	Téléphone (domicile)			Ind. rég.	Téléphone (bureau)		
Signature						Date	

Diagnostic principal

--

Autre(s) problème(s) de santé

--

Médication prise actuellement

--

Histoire médicale récente

Avez-vous été hospitalisé au cours de la dernière année <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui : lieu	Raison :
Avez-vous visité une urgence au cours de la dernière année <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui : combien de fois	Raison(s) :

Remettre ce formulaire à la réceptionniste ou postez-le au :

Guichet d'accès Clientèle orpheline, CSSSTR, Centre St-Joseph

735 Ste-Julie, Trois-Rivières, G9A 0B5