

IDENTIFICATION DE L'USAGER

No d'assurance maladie : _____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Date de naissance : ____ / ____ / ____	Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres	
Nom : _____	Prénom : _____	
Adresse : _____		
Ville : _____	Code Postal : _____	
Téléphone (maison) : _____	Téléphone (travail) : _____	Téléphone (cellulaire) : _____

PROCÉDURES

- Pour vous inscrire, vous devez remplir en totalité le formulaire et **annexer la liste de vos médicaments**, si pertinent.
- Si votre état de santé change, il est de votre responsabilité de compléter un nouveau formulaire. Nous pourrions ainsi effectuer les modifications à votre formulaire.

À NOTER

- Veuillez prendre note que le fait de compléter ce formulaire ne garantit pas l'accès immédiat à un médecin de famille. Une fois que nous aurons reçu votre formulaire, vous serez inscrit sur une liste d'usagers en attente. Chaque demande est soumise à une évaluation afin de déterminer la priorité et ainsi nous permettre de vous attribuer un médecin dans les plus brefs délais.

VEUILLEZ TRANSMETTRE VOTRE DEMANDE À L'UN DES ENDROITS SUIVANTS

- Réception du CISSS des Îles
- Secrétariat de la médecine familiale
- Points de service CLSC (Cap-aux-Meules, Bassin, Old Harry, Ile D'Entrée)

Recevez-vous présentement des services du CISSS ? OUI NON

Si oui, lesquels ? _____

Avez-vous utilisé les services de l'urgence dans la dernière année ? OUI NON

Combien de fois ? 1 à 3 fois 4 à 7 fois 8 fois et plus

Avez-vous été hospitalisé dans les 2 dernières années ? OUI NON

Si oui, pour quelle raison? _____

Avez-vous eu une chirurgie dans les 2 dernières années ? OUI NON

Si oui, laquelle ? _____

S'agit-il d'un changement de médecin ? OUI NON

Si oui, qui est votre médecin actuel ? _____

Raison du changement : _____

CONSENTEMENT

J'autorise le personnel du guichet d'accès à 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 personnel du guichet d'accès à consulter mon dossier médical au besoin.

Signature : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

(Cochez toutes les options s'appliquant à votre état de santé)

Aucune maladie connue OU

Maladies cardiovasculaires :
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle (haute pression)
<input type="checkbox"/> Infarctus / angine
<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Artériosclérose/ dyslipidémie (cholestérol)
<input type="checkbox"/> Fibrillation auriculaire
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC)
<input type="checkbox"/> Thrombophlébite
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies pulmonaires :
<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
<input type="checkbox"/> Asthme
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire
<input type="checkbox"/> Emphysème
<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies endocriniennes :
<input type="checkbox"/> Diabète de type 1 (Insuline)
<input type="checkbox"/> Diabète de type 2
<input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie
<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies digestives :
<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn
<input type="checkbox"/> Syndrome du côlon irritable
<input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse
<input type="checkbox"/> Cirrhose
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies articulaires :
<input type="checkbox"/> Arthrite / arthrose
<input type="checkbox"/> Ostéoporose
<input type="checkbox"/> Douleur chronique : spécifier:
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies neurologiques :
<input type="checkbox"/> TDAH
<input type="checkbox"/> Sclérose en plaque
<input type="checkbox"/> Parkinson
<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Autres : _____

Problèmes de santé mentale :
<input type="checkbox"/> Dépression
<input type="checkbox"/> Anxiété
<input type="checkbox"/> Trouble panique
<input type="checkbox"/> Angoisse
<input type="checkbox"/> Schizophrénie
<input type="checkbox"/> Trouble de personnalité limite
<input type="checkbox"/> Maladie bipolaire
<input type="checkbox"/> Anorexie / boulimie
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies urologiques :
<input type="checkbox"/> Prostate
<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies rénales :
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale
<input type="checkbox"/> Néphrite
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Maladies dermatologiques :
<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Eczéma
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Toxicomanie ou alcoolisme:
<input type="checkbox"/> Toxicomanie
<input type="checkbox"/> Alcoolisme
VIH/ SIDA (déficit immunitaire)
<input type="checkbox"/> Hépatite A
<input type="checkbox"/> Hépatite B
<input type="checkbox"/> Hépatite C
<input type="checkbox"/> Autres : _____
Autres :
<input type="checkbox"/> Non voyant
<input type="checkbox"/> Mal entendant
<input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle
<input type="checkbox"/> _____
Cancer :
<input type="checkbox"/> Type :
<input type="checkbox"/> Depuis :
<input type="checkbox"/> En traitement
<input type="checkbox"/> Chimiothérapie
<input type="checkbox"/> Radiothérapie
<input type="checkbox"/> En rémission, depuis :
<input type="checkbox"/> Soins palliatifs