

Questionnaire santé

Guichet unique pour patients orphelins du territoire CSSSVB

- *** Ce questionnaire nous aidera à déterminer le besoin et l'urgence d'une prise en charge par un médecin de famille.
- *** Le fait de remplir ce formulaire ne garantit aucunement l'attribution d'un médecin de famille, mais permet de vous prioriser selon vos problèmes de santé et de déterminer l'urgence et le besoin d'une prise en charge.
- *** Il est possible qu'une infirmière ou un médecin communique avec vous afin d'obtenir des informations supplémentaires concernant les réponses fournies dans ce formulaire.

Vos coordonnées

Numéro assurance maladie : **(obligatoire)** _____

Nom : _____

Âge : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : Maison : _____ Travail : _____

Code postal : _____

Vos problèmes de santé actuels (par exemple : diabète, asthme, hypertension, cancer...)

Votre médication actuelle : Vous devez obligatoirement joindre à votre questionnaire, un profil pharmacologique à obtenir auprès de votre pharmacien.

Maladies dans la famille proche : mère, père, frère(s), sœur(s) (par exemple : problèmes de cœur, cancer...). Vous devez spécifier qui est atteint.

Je consens à ce que le coordonnateur médical désigné pour le CSSS Vallée-de-la-Batiscan ou son assistant consulte aussi mon dossier médical du CSSSVB, s'il en existe un, afin de déterminer le niveau de priorisation pour une prise en charge et à transmettre les données pertinentes au médecin attitré s'il y a lieu.

Signature

Date

*** Rapporter votre formulaire rempli et votre profil pharmacologique au secrétariat du CLSC.**