

Fiche d'identification pour clientèle à la recherche d'un médecin de famille

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone (domicile) : _____

Téléphone (travail) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : ____/____/____
année / mois / jour

Assurance maladie : ____/____/____ Expiration : ____/____
Ex. : ABCD 1234 5678 année / mois

Langues de communication : _____

INFORMATIONS CLINIQUES

Avez-vous un médecin de famille? Oui Non

Si oui, quel est son nom et son lieu de pratique : _____

Si non, avez-vous déjà eu un médecin de famille? Oui Non

Date approximative de la dernière visite : _____

Raison de la perte de votre médecin : _____

Si vous n'avez pas de médecin de famille, consultez-vous une clinique sans rendez-vous?

Oui Non Si oui, à quel endroit? _____

Consultez-vous un médecin en particulier à cette clinique? _____

Vous êtes-vous déjà présenté à l'Hôpital dans les deux dernières années? Si oui, veuillez cocher et expliquer la raison : Oui Non

Une hospitalisation _____

À l'urgence _____

Pour une opération _____

Êtes-vous suivi par des médecins spécialistes actuellement ou l'avez-vous été dans les dernières années?

Oui Non Si oui, lesquels : (Noms et spécialités) : _____

Êtes-vous suivi dans des cliniques spécialisées à l'Hôpital? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Recevez-vous actuellement des services d'un CLSC? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

SOUFFREZ-VOUS D'UNE OU DE PLUSIEURS MALADIES ÉNUMÉRÉES CI-DESSOUS :

Maladies	Non	Oui (préciser le diagnostic et l'année)
Problèmes de santé mentale		
Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)		
Déficience auditive nécessitant un interprète		
Déficience intellectuelle		
Maladie pulmonaire chronique		
Maladie cardiaque / HTA sévère		
AVC avec séquelles		
Cancer		
Diabète		
Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou dans les cinq dernières années		
VIH / SIDA / Hépatite C		
Alzheimer		
Parkinson		
Sclérose en plaques		
Maladie dégénérative du système nerveux central		
Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, lupus, arthrite rhumatoïde et/ou arthrite psoriasique		
Insuffisance rénale chronique		
Fibrillation auriculaire ou autre problème nécessitant la prise de Coumadin à vie		
Autres problèmes de santé		

Veuillez nous faire parvenir votre liste de médicaments fournie par votre pharmacien ainsi que cette fiche dûment complétée par la poste ou par télécopieur :

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
 Hôpital de Saint-Eustache
 Guichet d'accès à un médecin de famille
 520, boulevard Arthur-Sauvé
 Saint-Eustache (Québec) J7R 5B1
Télécopieur : 450 473-9234

- J'autorise le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes à transmettre l'information nécessaire à la prestation des soins et services requis par mon état de santé au médecin qui acceptera de devenir mon médecin famille dans le cadre de mon inscription.

Signature : _____ Date : _____