

INSCRIPTION POUR UN MEDECIN DE FAMILLE

Votre nom :		Votre prénom :	
Date de naissance :		N° d'assurance-maladie :	
Téléphone (dom) :		Autre n° de tél :	
Adresse :		Date de la demande :	
Qui était votre dernier médecin de famille ? _____			
Qui a prescrit vos médicaments ? _____			
Quand doit-on les represcrire ? _____			
Êtes-vous suivi par un spécialiste ? _____			
J'accepte que le résumé de mon dossier soit transféré au médecin qui me prendra en charge : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Problématique : (ex : diabète, intervention chirurgicale récente, etc.)			
Liste de vos médicaments :			
⇒ Puisque nous ne pouvons pas garantir que vous serez pris en charge rapidement, nous vous suggérons de vous présenter à une clinique de sans rendez-vous ou à l'urgence si nécessaire.			
Évaluation de la demande :		Espace réservé	
P		Patient informé qu'il était pris en charge par : Téléphone <input type="checkbox"/> Lettre <input type="checkbox"/>	
Information transmise par qui :		Date du transfert :	
Nom du médecin à qui le patient est transféré :		Date du transfert :	
Signature de la personne qui a fait l'analyse :		Date :	

 Si transmission par télécopieur : Direction des services professionnels et hospitaliers au 819 961-8018

Centre de santé et de services sociaux de Papineau
Hôpital de Papineau
ou vous pouvez poster à l'adresse suivante : Direction des services professionnels et hospitaliers
155, rue Maclaren Est,
Gatineau (Québec), J8L 0C2