

Guichet unique pour la clientèle orpheline

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom (en lettre moulée) : _____

Adresse : _____

No. tél: _____ 2^e no. tél: _____

Date de naissance: _____ Sexe : M F

No. assurance-maladie _____

Antécédents médicaux importants déjà diagnostiqués (Cocher et commenter au besoin)

Maladies cardiovasculaires :

- Hypertension artérielle (haute pression)
- Infarctus/Angine
- Insuffisance cardiaque
- Artériosclérose/Dyslipidémie
- Fibrillation auriculaire
- Accident vasculaire cérébral (AVC)
- Thrombophlébite
- Autres : _____

Maladies pulmonaires :

- Maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)
- Asthme
- Embolie pulmonaire
- Emphysème
- Tuberculose
- Autres : _____

Maladies endocriniennes :

- Diabète de type 1
- Diabète de type 2
- Hyperthyroïdie
- Hypothyroïdie
- Autres : _____

Maladies digestives :

- Maladie de Crohn
- Syndrome du côlon irritable
- Colite ulcéreuse
- Cirrhose
- Autres : _____

Maladies articulaires :

- Arthrite/Arthrose
- Ostéoporose
- Autres : _____

Maladies neurologiques :

- Sclérose en plaque
- Parkinson
- Démence
- Autres : _____

Problèmes de santé mentale :

- Dépression/Anxiété
- Schizophrénie
- Trouble de personnalité limite
- Maladie bipolaire
- Anorexie/Boulimie
- Autres : _____

Maladies urologiques :

- Prostatisme
- Incontinence urinaire
- Autres : _____

Maladies rénales :

- Insuffisance rénale
- Néphrite
- Autres : _____

Maladies dermatologiques :

- Psoriasis
- Eczéma
- Autres : _____

Cancer :

- Type : _____
- Depuis : _____
- En traitement
 - Chimiothérapie
 - Radiothérapie
- En rémission, depuis : _____
- Soins palliatifs

VIH/SIDA (déficit immunitaire)

- _____

Alcoolisme :

- _____

Toxicomanie :

- _____

Autres maladies :

- _____
- _____
- _____
- _____

Vous devez joindre la liste de vos médicaments (à obtenir auprès de votre pharmacie).

Si non disponible, veuillez inscrire la liste de vos médicaments :

NB : Si votre état de santé change, il est de votre responsabilité d'aviser l'infirmière responsable afin d'ajuster le formulaire existant.

De quelle façon avez-vous appris l'existence de ce formulaire d'inscription?

- UMF
- Clinique médicale ou GMF _____
- Par l'urgence du Centre d'hébergement Laflèche – date _____
- Par l'urgence de l'hôpital du Centre-de-la-Mauricie – date _____
- Par un médecin - Écrire le nom du médecin _____
- Par du bouche à oreille

*** Compléter ce formulaire d'inscription ne vous donne pas accès à un médecin de famille mais vous inscrit sur une liste d'attente. Le dossier de chaque personne inscrite sera évalué afin de déterminer les personnes prioritaires. Les médecins seront attribués en fonction du nombre de places disponibles tout en respectant la priorité déjà établie. ***

Pour que votre formulaire soit valide, vous devez obligatoirement signer le consentement ci-dessous et nous le faire parvenir par la poste à l'adresse suivante :

Hôpital du Centre-de-la-Mauricie
Médecine de jour
50, 119^e rue
Shawinigan (Québec) G9P 5K1

Consentement à l'obtention d'informations médicales

Je consens à ce que l'infirmière responsable du programme et le médecin coordonnateur désignés par le CSSS de l'Énergie consultent mon dossier médical, s'il en existe un au CSSS de l'Énergie, afin de bien déterminer le niveau de priorisation pour une prise en charge qu'exige ma condition médicale.

Signature de l'usager : _____ Date : _____

À l'usage de l'infirmière

Priorité : _____

Date _____

Verso