

Guichet unique pour la clientèle orpheline

## FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Nom (en lettre moulée) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

No. tél: \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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*