

IDENTIFICATION DES PERSONNES SANS MÉDECIN DE FAMILLE

Depuis janvier 2009, un mécanisme d'identification des personnes sans médecin de famille, établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux, a été mis en place au CSSS des Îles. Ce mécanisme permet d'identifier les personnes sans médecin de famille, d'évaluer leurs besoins de santé, de déterminer les personnes nécessitant une prise en charge rapide et de les diriger en fonction des ressources médicales disponibles sur notre territoire. **Ce mécanisme ne signifie pas que vous aurez immédiatement accès à un médecin de famille, cependant, si vos besoins de santé nécessitent des services urgents vous serez pris en charge rapidement et aurez accès à des soins de santé.**

Afin de faciliter le processus d'identification, nous avons créé un formulaire d'inscription simple qu'il suffit de remplir et de remettre à la réception de l'hôpital de l'Archipel. Vous le trouverez au verso de cette page. Ce formulaire s'adresse exclusivement aux gens n'ayant pas de médecin de famille et non aux personnes souhaitant changer de médecin.

Les gens ayant un problème de santé qui les inquiètent doivent se présenter à l'urgence. C'est également à l'urgence que les gens sans médecin de famille peuvent obtenir un renouvellement de prescription.

Votre collaboration est essentielle afin de nous aider à mieux vous servir. Tout le personnel et les médecins du CSSS des Îles travaillent à votre mieux-être. Votre compréhension et votre patience permettront à chacun de mieux accomplir son travail et de répondre plus adéquatement à vos besoins.

La direction du CSSS des Îles

**FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DES GENS SANS MÉDECIN DE FAMILLE
(MERCİ DE LE REMPLIR AU COMPLET)**

Nom de famille : _____ Prénom : _____

NAM (carte soleil) : _____ Date de naissance : _____

Sexe : Homme Femme No. Dossier CH : _____

Adresse : _____

Code postal : G4T _____

Numéros de téléphone nous permettant de vous joindre facilement

Maison: _____ Cellulaire : _____

Travail : _____ Autre : _____

QUESTIONS DE SANTÉ

Avez-vous des problèmes de santé ? Oui Non

Si oui, lesquels? _____

Recevez-vous présentement des services du CSSS? Oui Non

Si oui lesquels? _____

Prenez-vous des médicaments? Oui Non

Combien de sortes par jour? _____ Pharmacie : _____

Avez-vous utilisé les services à l'urgence dans la dernière année?

Oui Non

Combien de fois? 1 -3 fois 4-7 fois 8 fois et plus

Avez-vous été hospitalisé dans les 2 dernières années Oui Non

Si oui pour quelle raison? _____

Avez-vous eu une chirurgie dans les 2 dernières années? Oui Non

Si oui laquelle? _____

Je consens à ce que l'infirmière consulte mon dossier au besoin. Je consens à ce que la pharmacie externe fasse parvenir mon profil pharmaceutique à l'infirmière du guichet d'accès.

Signature du client : _____ Date : _____

Veillez remettre ce formulaire à la réception de l'hôpital de l'Archipel.