

Je cherche un médecin traitant

(nous suivons tous les enfants, prendre rdv directement auprès de la secrétaire)

Pour que les délais de consultation restent raisonnables pour toutes, nous recevons de nouveaux/nouvelles patient.e.s très progressivement. Les prises en charge se font dans le cadre d'une organisation coordonnée. La présence d'étudiant.e.s en médecine, d'une infirmière de santé publique et d'une infirmière de pratique avancée permet de développer l'accès aux soins.

Nous vous proposons de remplir ce court questionnaire afin que nous puissions évaluer vos besoins en santé. Les données renseignées sont confidentielles et uniquement accessibles par les professionnels de la maison de santé. Vous pouvez demander à les supprimer ou les rectifier.

Il ne nous est pas possible d'estimer le délai pour un premier rendez-vous, ni même de garantir que nous pourrions vous recevoir.

Vous trouverez également ci-joint la charte de la maison de santé. Vous vous engagez à la respecter en remettant votre demande de prise en charge.

NOM de naissance :

NOM d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Numéro sécurité sociale :

J'habite à Thorigny-sur-Marne, Dampmart, Carnetin ou Pomponne :

- ☐ Non
- ☐ Oui

J'ai déjà un médecin traitant :

- ☐ Non
- ☐ Oui, mais il est éloigné de mon domicile et je n'ai pas de moyen de transport
- ☐ Oui, mais j'ai déménagé trop loin pour pouvoir m'y rendre
- ☐ Oui, mais il cesse son activité ou va cesser son activité dans les mois qui viennent
- ☐ Oui, mais le cabinet n'est pas accessible aux personnes à mobilité réduite
- ☐ Oui, mais :

Ma dernière consultation médicale a eu lieu :

- ☐
- ☐
- ☐

dans les 6 derniers mois dans
les 2 dernières années il y a
plus longtemps

Je suis concerné par l'une de ces pathologies chroniques :

- ☐ Diabète
- ☐ Pathologie cardiaque/vasculaire : hypertension artérielle, AVC, infarctus, arythmie, insuffisance cardiaque...
- ☐ Insuffisance respiratoire : asthme grave, bronchite chronique post tabagique...
- ☐ Maladie neurologique (SEP, Parkinson, Alzheimer, Épilepsie)
- ☐ Insuffisance rénale chronique
- ☐ Dépression
- ☐ Cancer en cours

Je suis concerné par d'autres problèmes de santé :

- ☐ Non
- ☐ Oui, en voici la liste :

J'ai une consommation problématique de tabac/alcool/cannabis/autre produit :

- ☐ Non
- ☐ Oui

Je prends des médicaments tous les jours ou régulièrement :

- ☐ Non
- ☐ Oui, je joins mon ordonnance habituelle

Je me sens fragile physiquement et/ou moralement :

- ☐ Non
- ☐ Oui

Je fais également la demande pour mon/mes enfants de moins de 18 ans:

- ☐ Non
- ☐ Oui, voir avec les assistantes médicales à l'accueil

J'ai lu et compris la charte de la maison de santé, et m'engage à la respecter.

- ☐ Non
- ☐ Oui

Ce questionnaire est à remettre en main propre au secrétariat de la MSP.

A Thorigny sur Marne, le :

Signature