

Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille (Guichet d'accès pour la clientèle orpheline [GACO])

---- ATTENTION ----

Avant de remplir le questionnaire ci-joint,
veuillez lire attentivement toutes les instructions.

---- ATTENTION ----

INFORMATION GÉNÉRALE

- Le guichet d'accès à un médecin de famille constitue un moyen parmi d'autres de trouver un médecin de famille. Il n'est donc pas obligatoire d'y être inscrit pour qu'un médecin vous accepte comme patient.
- Remplir le *Questionnaire santé pour les personnes sans médecin de famille* **ne vous garantit pas** l'accès à un médecin de famille.
- Un questionnaire doit être rempli pour chacune des personnes désirant être inscrite au guichet d'accès à un médecin de famille.
- Votre inscription au guichet d'accès à un médecin de famille sera effectuée lors de la réception de votre questionnaire **dûment rempli et signé**.
- Seules les personnes pour lesquelles un complément d'information est nécessaire au dossier seront contactées par notre équipe.
- Nous ne sommes pas en mesure de répondre aux demandes concernant le temps d'attente ou votre rang sur la liste d'attente.
- Pour obtenir des soins ou services sociaux dans un court délai, les ressources suivantes sont disponibles :
 - Info-Santé, en téléphonant au 811 : conseils d'une infirmière
 - CLSC, en téléphonant au 819 821-4000, poste 38232
 - Les diverses cliniques de sans rendez-vous

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ POUR S'INSCRIRE AU GUICHET D'ACCÈS

- Être sans médecin de famille (cette information sera validée auprès de la RAMQ).
- Résider sur le territoire du Haut-Saint-François.
- Remplir en totalité et conformément le *Questionnaire santé pour les personnes sans médecin de famille* et s'assurer de signer les sections Déclaration (page 7) et Autorisation (page 7).

PROCÉDURE À SUIVRE POUR S'INSCRIRE AU GUICHET D'ACCÈS

- Répondre à chacune des questions du questionnaire (un questionnaire par personne à inscrire).
- Signer les sections Déclaration (page 7) et Autorisation (page 7).
- Envoyer le questionnaire signé selon un des modes suivants :
 - Par la poste à l'adresse suivante : Guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille
700, rue Craig Nord
Cookshire-Eaton (Québec) J0B 1M0
 - Par télécopieur : 819 875-5565
 - En personne : Remettre à l'accueil du CLSC de Cookshire, Weedon, La Patrie ou East Angus.
- Si vous éprouvez des **difficultés à compléter le questionnaire**, contactez votre intervenant du CLSC. Si vous n'avez pas d'intervenant, téléphonez au 819 821-4000, poste 38295; une personne de notre équipe se fera un plaisir de vous rappeler et de vous aider dans les meilleurs délais.

CONSIGNES SUPPLÉMENTAIRES POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE

- Inscrire un numéro de téléphone où vous pouvez être joint du lundi au vendredi, entre 8 h 30 et 16 h 30.
- Inscrire **UNIQUEMENT** les problèmes de santé pour lesquels vous avez obtenu un **DIAGNOSTIC MÉDICAL** (il ne s'agit pas de symptômes ou de suspicion de maladie).

CHANGEMENT À VOTRE ÉTAT DE SANTÉ

- Si votre état de santé change après que vous ayez envoyé votre *Questionnaire santé pour les personnes sans médecin de famille*, vous devez nous en informer en complétant le formulaire *Changement de mon état de santé, de mon adresse ou de mon numéro de téléphone* et nous le retourner.

DÉLAIS

- Le délai pour accéder à un médecin de famille varie selon le niveau de priorité accordé à chaque personne. Ce code de priorité est établi en fonction des critères de vulnérabilité de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Il est donc inutile de nous rappeler pour connaître votre rang sur la liste d'attente.

QUESTIONNAIRE SANTÉ POUR LES PERSONNES SANS MÉDECIN DE FAMILLE RÉSIDENT SUR LE TERRITOIRE DU HAUT-SAINT-FRANÇOIS

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE

<i>Nom</i>				<i>Prénom</i>											
<i>Adresse (numéro et rue)</i>						<i>Appartement</i>									
<i>Ville</i>			<i>Province</i>			<i>Code postal</i>									
<i>Téléphone résidence</i>		<i>Téléphone travail, cellulaire ou autre</i>			<i>Adresse courriel</i>										
<i>N° d'assurance maladie</i>						<i>Date d'expiration</i>									
						<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center;"><i>année</i></td> <td style="width: 25%; text-align: center;"><i>mois</i></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		<i>année</i>	<i>mois</i>						
<i>année</i>	<i>mois</i>														
<i>Date de naissance</i>				<i>Âge</i>		<i>Homme</i> <input type="checkbox"/> * <i>Femme</i> <input type="checkbox"/> * <i>et</i> **									
<p>* Patient âgé de 40 ans et plus</p> <p>Désirez-vous être contacté par la clinique de transition du CLSC de Cookshire afin d'avoir un examen médical préventif par une infirmière clinicienne?</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Date de la dernière prise de sang : _____</p> <p>**Patiente âgée de 25 ans et plus</p> <p>Désirez-vous être inscrite sur la liste d'attente « test Pap » (test gynécologique fait par une infirmière clinicienne au CLSC)?</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Année du dernier « Pap test » _____</p>															

PRÉCISION DU BESOIN POUR UN ACCÈS À UN MÉDECIN

Avez-vous actuellement un médecin de famille? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
<i>Nom du médecin</i>		<i>Ville du médecin</i>
Avez-vous déjà eu un médecin de famille? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
<i>Nom du médecin</i>		<i>Ville du médecin</i>
<i>Raison de l'arrêt de la prise en charge :</i>		
Quelle clinique sans-rendez-vous (SRV) consultez-vous habituellement? Y voyez-vous un médecin en particulier?		
<i>Médecin</i>	<i>Clinique</i>	<i>Ville de la clinique SRV</i>

ÉVALUATION DE SANTÉ DES PROBLÈMES DIAGNOSTIQUÉS

LÉGENDE → ANNÉE : Indiquer l'année du diagnostic

CANCER		ANNÉE
Type:	<input type="checkbox"/> En traitement	
Type:	<input type="checkbox"/> En traitement	
PROBLÈME CARDIAQUE ET VASCULAIRE	ANNÉE	ANNÉE
<input type="checkbox"/> Haute tension artérielle		<input type="checkbox"/> MCAS (angine)
<input type="checkbox"/> Problème de cholestérol		<input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque
<input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC)		<input type="checkbox"/> Infarctus
Séquelle(s) AVC Lesquelles:		
<input type="checkbox"/> Prise de Coumadin <input type="checkbox"/> à vie Raison :		
PROBLÈME DE SANTÉ MENTALE	ANNÉE	ANNÉE
<input type="checkbox"/> Dépression avec prescription		<input type="checkbox"/> Schizophrénie
<input type="checkbox"/> Trouble anxieux avec prescription		<input type="checkbox"/> Trouble bipolaire
<input type="checkbox"/> Dépression sans prescription		<input type="checkbox"/> Trouble d'adaptation
<input type="checkbox"/> Psychose		
DIABÈTE	ANNÉE	ANNÉE
<input type="checkbox"/> Traité avec insuline		<input type="checkbox"/> Traité avec diète seulement sans médication
<input type="checkbox"/> Traité avec médication par la bouche		
MALADIE INFLAMMATOIRE CHRONIQUE	ANNÉE	ANNÉE
<input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde		<input type="checkbox"/> Collagénose
<input type="checkbox"/> Rhumatisme psoriasique		<input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse
<input type="checkbox"/> Lupus		<input type="checkbox"/> Maladie de Crohn
<input type="checkbox"/> Sclérodémie		
MALADIE THROMBOEMBOLIQUE RÉCIDIVANTE (nécessitant anticoagulants ex. Coumadin)		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Embolie pulmonaire et thrombophlébite nouvellement diagnostiquées		
<input type="checkbox"/> Anticoagulation à long ou moyen terme		
PROBLÈME PULMONAIRE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)		
<input type="checkbox"/> Oxygène à domicile		
<input type="checkbox"/> Asthme		
VIH/SIDA		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Sida/Infection VIH nouvellement diagnostiquée		
<input type="checkbox"/> Infection VIH contrôlée avec médication		
MALADIE DU SYSTÈME NEUROLOGIQUE	ANNÉE	ANNÉE
<input type="checkbox"/> Épilepsie		<input type="checkbox"/> Alzheimer
<input type="checkbox"/> Parkinson		<input type="checkbox"/> Démence
<input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique		<input type="checkbox"/> Sclérose en plaques

ÉVALUATION DE SANTÉ DES PROBLÈMES DIAGNOSTIQUÉS (suite)

LÉGENDE→ ANNÉE : Indiquer l'année du diagnostic

MALADIE RÉNALE (reins)	ANNÉE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique		<input type="checkbox"/> Dialyse	
MALADIE HÉPATIQUE (foie)	ANNÉE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Hépatite A		<input type="checkbox"/> Hépatite C	
<input type="checkbox"/> Hépatite B		<input type="checkbox"/> Cirrhose	
MALADIE MUSCULO-SQUELETTIQUE	ANNÉE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Lombalgie		<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	
<input type="checkbox"/> Arthrose		<input type="checkbox"/> Ostéoporose	
PROBLÈME THYROÏDIEN	ANNÉE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Hyperthyroïdie		<input type="checkbox"/> Hypothyroïdie	
PROBLÈME DIGESTIF	ANNÉE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Ulcère		<input type="checkbox"/> Reflux gastrique	
<input type="checkbox"/> Côlon irritable			
PROBLÈME DE PEAU	ANNÉE		ANNÉE
<input type="checkbox"/> Cancer		<input type="checkbox"/> Eczéma	
<input type="checkbox"/> Psoriasis		<input type="checkbox"/> Zona	
AUTRES (indiquer s'il y a d'autres problèmes diagnostiqués non listés ci-dessus)			

RENSEIGNEMENTS SUR LES MÉDICAMENTS

Devez-vous prendre des médicaments d'ordonnance, des timbres ou utiliser des pompes? Non Oui

Nom de la pharmacie: _____ Médicaments à renouveler le: _____

Joindre au questionnaire votre liste de médicaments fournie par votre pharmacien

LISTE DE VOS MÉDICAMENTS ACHETÉS EN VENTE LIBRE

Nom du médicament	Dosage	Fréquence

Dans l'éventualité où votre dossier serait préparé pour être attribué à un médecin de famille ou pour la clinique d'accès, donnez-vous l'autorisation au pharmacien de transmettre votre liste de médicaments à jour par télécopieur?

Non Oui

RENSEIGNEMENTS SUR LES HOSPITALISATIONS/CONSULTATIONS

Lors de la dernière année, avez-vous consulté un médecin spécialiste? Non Oui, veuillez spécifier:

Nom :	Ville :
Spécialité :	Raison :
Nom :	Ville :
Spécialité :	Raison :
Nom :	Ville :
Spécialité :	Raison :

Lors de la dernière année, avez-vous été hospitalisé? Non Oui. Si oui, complétez la section suivante.

Endroit :
Motif(s) :

Lors de la dernière année, avez-vous consulté dans une urgence? Non Oui. Si oui, complétez la section suivante.

Endroit :
Motif(s) :

Présentement, recevez-vous des services du CLSC ? Non Oui, lesquels ?

<input type="checkbox"/> Soins à domicile	<input type="checkbox"/> Soins infirmiers au CLSC
<input type="checkbox"/> Services médicaux	<input type="checkbox"/> Services psychosociaux

MOBILITÉ/AUTONOMIE

<input type="checkbox"/> Autonome	<input type="checkbox"/> Limitée	<input type="checkbox"/> Non autonome
<input type="checkbox"/> Aide technique, précisez : _____		
Pouvez-vous vous déplacer pour consulter? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, pour quelle (s) raison (s)?		
<input type="checkbox"/> Pas de transport	<input type="checkbox"/> Manque de mobilité	<input type="checkbox"/> Autre:

ANTÉCÉDANTS FAMILIAUX (père, mère, frères et sœurs)

COMMENTAIRES

IMPORTANT

Les personnes de 14 ans et plus doivent signer elles-mêmes ce consentement.

DÉCLARATION

Je déclare que toutes les déclarations et informations contenues dans la présente demande et relatives à tout document à l'appui sont véridiques.

Signature : _____ **Date :** _____
(Signature du demandeur ou de son représentant légal)

Titre du représentant légal: _____
(père, mère, tuteur, curateur ou mandataire)

AUTORISATION À LA RÉFÉRENCE ET À LA TRANSMISSION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

J'autorise tous établissements et pharmacies à transmettre au guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille du GMF du Haut-Saint-François, les documents pertinents à mon dossier incluant mon profil pharmacologique.

Je consens à ce que les responsables du guichet d'accès pour la clientèle sans médecin de famille du GMF du Haut-Saint-François recueillent, utilisent et divulguent dans le respect des règles de confidentialité les renseignements fournis dans ce formulaire ainsi que les informations de mon dossier médical antérieur au médecin de famille qui acceptera de me prendre en charge comme patient ou au médecin qui me verra en consultation. Ce consentement est valide pour la durée de la présente inscription.

Signature : _____ **Date :** _____
(Signature du demandeur ou de son représentant légal)

Titre du représentant légal _____
(Père, mère, tuteur, curateur ou mandataire)