

FORMULAIRE DE RECHERCHE DE MÉDECIN TRAITANT

Dans le cadre de son travail sur l'accès aux soins, la CPTS Néron - Chartreuse recense les demandes de personnes en recherche de médecin traitant sur les communes de Saint Martin le Vinoux, St Egrève, Fontanil-Cornillon, Quaix en Chartreuse, Proveysieux, et Mont St Martin .

Les informations recueillies dans ce formulaire permettront à la CPTS d'effectuer une recherche auprès des médecins généralistes du territoire. Il ne s'agit pas d'une liste d'attente et il n'y a pas de garantie de trouver une solution pour tous les demandeurs.

Merci d'écrire en majuscules et lisiblement. Le formulaire peut être envoyé au siège de la CPTS Néron Chartreuse, 19 route de Grenoble, 38120 St Egrève. Les professionnels peuvent renvoyer le formulaire via MonSisra. L'envoi par e-mail est déconseillé car ne permet pas la transmission sécurisée des données à caractère personnel. La CPTS Néron-Chartreuse décline toute responsabilité dans le cas où le patient enverrait le présent formulaire par e-mail.

Formulaire rempli à la demande :

D'un patient | D'un professionnel orienteur Profession : _____
Nom et Prénom : _____
E-mail (si possible Monsisra) : _____
Téléphone : _____

Informations personnelles du patient

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Genre : Homme Femme Neutre

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Commune : _____

N° de téléphone : _____ e-mail (si utilisé) : _____

Situation familiale : marié.e/pacsé.e vie maritale célibataire Veuf.ve

Nombre d'enfants à charge et âge des enfants : _____

Médecin traitant actuel : _____ Commune : _____

Si vous n'avez plus de médecin traitant, indiquez depuis quelle année : _____

Motif de la présente demande* : _____

(si votre médecin part prochainement à la retraite, précisez dans combien de temps).

Avez-vous besoin d'aide pour l'accès et le suivi de vos droits ? oui non

Etes-vous suivi par d'autres acteurs du médical et ou du social ? (professionnels de santé, services sociaux, associations, etc.)

Si oui, notez les principaux : _____

Affection longue durée (ALD) : oui non

Pathologies particulières (par. ex. nécessitant un traitement chronique à renouveler régulièrement - hors contraception) et/ou situation de handicap : _____

Nécessité de visites à domicile (VAD) : oui, VAD exclusivement

oui, temporairement (ex : fracture, sortie d'hospitalisation, etc.) non

Autres membres de la famille recherchant un médecin traitant :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / _____

Genre : Homme Femme Neutre

Motif de la présente demande (si différente) : _____

Affection longue durée (ALD) : oui non

Pathologies particulières et/ou situation de handicap : _____

Nécessité de visites à domicile (VAD) :

Oui, VAD exclusivement Oui, temporairement Non

Enfants pour lesquels vous recherchez également un médecin traitants (nom, prénom, âge)

Autres commentaires utiles à la prise en charge (langue parlée, antécédents médicaux, etc.).
Si le formulaire concerne plusieurs patients, précisez le nom du patient concerné.

Par la signature du présent bulletin, le demandeur :

- Consent à ce que ces informations soient enregistrées et conservées dans un fichier informatisé sécurisé par la CPTS Néron - Chartreuse pour une durée de 1 an.
- Accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, dans le respect des règles déontologiques, de la confidentialité propres à chacun et des données RGPD. La base légale du traitement est nécessaire à l'exécution d'une mission d'intérêt public ou relevant de l'exercice de l'autorité publique dont est investi le responsable du traitement.
- Garde la liberté de quitter le dispositif à tout moment et de demander l'accès, la modification ou la suppression de ses données en contactant la CPTS à coordination@cpts-neron-chartreuse.fr. Consultez le site cnil.fr pour plus d'informations sur vos droits CNIL RGPD.

Date :

Signature du demandeur ou
de son responsable légal

Pour les professionnels orienteurs uniquement :

En cas d'envoi voie électronique, cocher cette case pour attester être le professionnel orienteur et avoir obtenu le consentement de la personne aux modalités de recherche de médecin traitant exposées ci-dessus.

Signature du professionnel orienteur