



Recherche de médecin traitant

Formulaire à compléter avec le-a demandeur-se et à **envoyer via MonSisra** à
« CPTS Sud Est Grenoblois » (ou par mail à contact@cpts-seg.fr)

*Dans le cadre de son travail sur l'accès aux soins, la CPTS SEG recense les demandes de personnes en recherche de médecin traitant sur Saint Martin d'Hères, Eybens et Poizat. 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.***

Date : Professionnel qui effectue la saisie :

Informations à recueillir auprès de la personne :

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone : E-mail (si utilisé) :

Membres du foyer recherchant un médecin traitant : nombre d'adultes : nombre d'enfants :

Couverture sociale :

Avez-vous besoin d'aide pour l'accès ou le suivi de vos droits ? ☐ Oui ☐ Non

Médecin Traitant actuel (nom et ville) :

Raison de la recherche de Médecin Traitant :

Êtes-vous suivi-e par d'autres acteurs du médical ou social ? (professionnels de santé, services sociaux, associations...) ☐ Oui ☐ Non Si oui, notez les principaux dont vous avez connaissance :

Affection de longue durée (ALD) : ☐ Oui ☐ Non

Pathologies particulières et/ou situation de handicap :

Nécessité de visites à domicile : ☐ Oui ☐ Non

Autres informations/commentaires sur la situation :

Par la signature du présent bulletin, la personne :

- reconnaît avoir reçu une information sur les objectifs du dispositif de recherche de médecin traitant de la CPTS et son fonctionnement,
- accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun,
- garde la liberté de quitter le dispositif à tout moment et de demander l'accès, la modification et la suppression de ses données en contactant la CPTS (contact@cpts-seg.fr)

Signature du professionnel orienteur

Signature de la personne

☐ En cas de remplissage 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.