



RECHERCHE DE MEDECIN TRAITANT

Formulaire à renseigner **UNIQUEMENT SI VOUS ÊTES EN RECHERCHE DE MÉDECIN TRAITANT**

- **Pour les professionnels de santé** : à compléter et à envoyer **via la messagerie sécurisée MonSisra**, à « CPTS DU VOIRONNAIS » ;
- **Pour les patients** : à compléter et à envoyer **par courrier** à CPTS DU VOIRONNAIS
– Innolab – 180 Boulevard de Charavines – 38500 VOIRON.

Dans le cadre de sa mission sur l'amélioration de l'accès aux soins, la CPTS du Voironnais recense les demandes de personnes en recherche de médecin traitant sur le territoire de la CPTS (**Voiron, St Nicolas de Macherin, St Aupre, St Etienne de Crossey, Coublevie, La Sure en Chartreuse, Voreppe, La Buisse, Moirans, St Jean de Moirans, Charnècles, St Cassien, Réaumont, Rives, St Blaise du Buis, La Murette, Vourey, Renage et Tullins**). Les informations recueillies 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 toutes les personnes en recherche.

DATE :

JE REMPLIS CE FORMULAIRE A LA DEMANDE D'UN TIERS :

Nom/Prénom : _____

Profession : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

JE REMPLIS CE FORMULAIRE EN MON NOM

Informations sur la personne en recherche de médecin traitant :

Nom Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ E-mail: _____

N° de sécurité sociale : _____

Avez-vous une Complémentaire Santé Solidaire (CSS) : Oui Non

Nom du dernier médecin traitant (et commune) : _____

Avez-vous des enfants de moins de 16 ans ? Oui Nombre d'enfant(s) et âge(s) _____

Non

Si vos enfants ont plus de 16 ans et n'ont pas de médecin traitant, veuillez renseigner un autre formulaire.

Présentez-vous :

- Une Affection de Longue Durée (ALD-100%) : Oui Non
- Une maladie chronique : Oui Non
- Une situation de handicap : Oui Non

Êtes-vous suivi par un spécialiste ? Oui Non

Si oui, précisez leur spécialité et leur nom ? _____

Êtes-vous suivi(e) par d'autres professionnels (*infirmier.e*), *kinésithérapeute*, *auxiliaire de vie*, *services sociaux*, *associations....*) : Oui Non

Si oui, précisez leur nom: _____

Est-ce que votre situation nécessite des visites à domicile : Oui Non

Autres informations/commentaires sur votre situation :

PAR LA SIGNATURE DE CE FORMULAIRE :

Je consens à ce que ces informations soient enregistrées et conservées dans un fichier informatisé sécurisé par la CPTS du Voironnais

J'accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la recherche d'un médecin traitant, dans le respect des règles déontologiques propres à chacun et des données RGPD.

Signature du professionnel

Signature de la personne en recherche de médecin traitant

Je garde la liberté de quitter le dispositif de recherche d'un médecin traitant à tout moment et de demander l'accès, la modification et la suppression de mes données à la CPTS du Voironnais , vous pouvez contacter la CPTS à l'adresse suivante (contact@cptsduvoironnais.com)