

Questionnaire Liste d'attente médecin de famille

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

No de téléphone : _____

No d'assurance maladie : _____ No de dossier : _____

	OUI	NON
1. Santé mentale :		
Êtes-vous suivi pour des problèmes de santé mentale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
2. Maladies pulmonaires :		
Souffrez-vous d'une bronchite chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'asthme sévère?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Maladies cardiaques :		
Souffrez-vous d'un problème cardiaque?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
4. Cancer :		
Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, spécifiez : _____		
Êtes-vous en traitement de chimiothérapie ou en phase palliative?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Diabète :		
À votre connaissance, souffrez-vous de diabète?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toxicomanie ou alcoolisme :		
Êtes-vous traité ou suivi pour des problèmes de toxicomanie ou d'alcoolisme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. VIH/SIDA :		
Êtes-vous porteur de VIH/SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Maladies du système nerveux (AVC) :		
Avez-vous déjà subi un accident vasculaire cérébral (AVC)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'Alzheimer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de Parkinson?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sclérose en plaques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Maladies inflammatoires chroniques : Souffrez-vous d'arthrite, de colite ulcéreuse, de lupus ou de la maladie de Crohn? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, spécifiez : _____
10. Troubles dépressifs : Souffrez-vous d'une dépression majeure diagnostiquée? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, est-ce la première fois? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ou est-ce arrivé plusieurs fois? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. Insuffisance rénale : Souffrez-vous d'une insuffisance rénale? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Maladies thromboemboliques : Prenez-vous du Coumadin? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Si oui, indiquez le dosage : _____ Avez-vous déjà fait une embolie pulmonaire? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà fait une phlébite? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. Fibrillation auriculaire : Avez-vous des problèmes d'arythmie diagnostiqués? (Irrégularité du rythme cardiaque) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Source: CSSS d'Argenteuil

Une fois le questionnaire complété vous pouvez :

- Le remettre à la commis du CLSC de Sainte- Agathe, de Tremblant ou de Labelle qui l'acheminera par courrier interne au guichet.

Ou

- Envoi également possible par la poste au :

CSSS des Sommets
Service de Médecine de jour
234, rue Saint-Vincent
Sainte-Agathe-Des-Monts, (Québec)
J8C 2B8

Important : Prendre note que le fait de remplir le questionnaire ne vous garantit aucunement l'obtention d'un médecin de famille. Chaque demande sera évaluée en tenant compte de votre condition de santé.

Merci.

L'équipe responsable du guichet des patients orphelins