

Installation : \_\_\_\_\_

**GUICHET D'ACCÈS  
À UN MÉDECIN DE FAMILLE  
CLIENTÈLE VULNÉRABLE UNIQUEMENT**

Nom et prénom de l'utilisateur	
N° d'assurance maladie	Expiration (aaaa / mm)
Date de naissance (aaaa / mm / jj)	Sexe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Adresse	
Ville	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (cellulaire)

**Renseignements**

Nom du dernier médecin de famille : \_\_\_\_\_ Date de consultation : \_\_\_\_\_

Hospitalisation **récente** du : \_\_\_\_\_ au : \_\_\_\_\_

Diagnostic principal de cette référence : \_\_\_\_\_

Besoin de suivi à domicile :  Non  Oui - motif de soins : \_\_\_\_\_

**Cocher le ou les cotes de vulnérabilités**

<input type="checkbox"/> 01	Problème de santé mentale Précisez :	<input type="checkbox"/> 11	Trouble dépressif majeur récidivant Précisez :
<input type="checkbox"/> 02	Maladie pulmonaire (MPOC) Précisez :	<input type="checkbox"/> 12	Insuffisance rénale chronique avec clairance de la créatine < 30 ml/min
<input type="checkbox"/> 03	Maladie cardiaque (MCAS) Précisez :	<input type="checkbox"/> 13	Maladie thromboembolique Suivi par RNI (anticoagulant à vie)
<input type="checkbox"/> 04	Cancer - Date du diagnostic : Précisez :	<input type="checkbox"/> 14	Fibrillation auriculaire (RIN) Suivi par RNI (anticoagulant à vie)
<input type="checkbox"/> 05	Diabète excluant le diabète de grossesse Type 1 : <input type="checkbox"/> Type 2 : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 15	TDAH ≤ 18 ans
<input type="checkbox"/> 06	Toxicomanie ou alcoolisme Ayant donné lieu à une cure depuis les 5 dernières années ou traitement actif à la méthadone	<input type="checkbox"/> 16	Déficience intellectuelle (avec troubles importants d'expression et de compréhension)
<input type="checkbox"/> 07	VIH/SIDA, hépatite C	<input type="checkbox"/> 17	Déficience auditive et/ou déficience visuelle Précisez :
<input type="checkbox"/> 08	Maladie dégénérative du système nerveux central Précisez :	<input type="checkbox"/> 18	Douleur chronique avec incapacité fonctionnelle ou nécessitant une médication continue
<input type="checkbox"/> 09	Maladie inflammatoire chronique Précisez :	<input type="checkbox"/> 19	Accident vasculaire cérébral (avec troubles graves de mobilité, comportement, d'expression ou compréhension)
<input type="checkbox"/> 10	Trouble dépressif majeur actif premier épisode Précisez :	<input type="checkbox"/> 20	Psychotique, bipolaire, autisme

Autres diagnostics ou renseignements pertinents :

NOM DE L'USAGER : \_\_\_\_\_

**\*Provenance de la référence (INFORMATION OBLIGATOIRE)**

Nom du professionnel : \_\_\_\_\_ N° de pratique : \_\_\_\_\_

Numéro de ☎ pour vous rejoindre, si besoin : \_\_\_\_\_

Désirez-vous être avisé du suivi ?  Oui  Non

Aux fins du présent formulaire, l'utilisateur a consenti à ce que les renseignements personnels le concernant soient divulgués au personnel responsable du guichet d'accès du CISSS de Chaudière-Appalaches.

**Pour tout Chaudière-Appalaches,  
un seul numéro pour acheminer ce formulaire**

**1 418 248-5673**

**RLS Alphonse-Desjardins**  
(Bellechasse, Lévis, Nouvelle-Beauce et Lotbinière)

**RLS Montmagny-L'Islet**  
(Montmagny et L'Islet)

1 418 248-0630, poste 2148 (pour professionnels seulement)  
Marie-Josée Ouellet, infirmière clinicienne

\*\*\*

**RLS Beauce**  
(Beauce-Sartigan et Robert Cliche)

**RLS Thetford**  
(Appalaches)

**RLS Etchemins**  
(Etchemins)

1 418 338-7777, poste 54329 (pour professionnels seulement)  
Johanne Charpentier, infirmière

Complété par :

Date : \_\_\_\_\_

**N.B.: Tout formulaire incomplet ne sera pas traité**

Version mars 2022