**Formulaire d’inscription au Guichet Médecin Traitant**

*A renvoyer par mail à* *guichet@grandsaintetienne.fr*

*ou par la poste à CPTS du Grand Saint-Etienne – Guichet MT, 6 allée de l’Orangerie 42580 L’Etrat*

Mis en place par des médecins généralistes volontaires du territoire, le guichet médecin traitant vise à vous éviter de faire du porte-à-porte et vous permettre de trouver plus rapidement un médecin traitant proche de chez vous.

En remplissant ce formulaire, vous nous permettrez :

* de vous recenser en tant que patient en recherche de médecin traitant,
* de vous transmettre les informations adaptées pour vous orienter dans le système de santé
* de vous rappeler en vue de préparer au mieux votre accueil par un futur médecin traitant
* de vous proposer dès que possible un médecin traitant proche de chez vous.

Les délais de prise en charge peuvent varier en fonction des critères médicaux de priorisation.

*Ce service est proposé pour les habitants du territoire de la CPTS du Grand Saint-Etienne, c’est-à-dire des communes suivantes : L’Etrat, La Tour en Jarez, La Talaudière, Planfoy, Roche-la-Molière, Saint-Etienne, Saint-Genest-Lerpt, Saint-Jean-Bonnefonds, Saint-Priest-en-Jarez, Saint-Victor-sur-Loire, Sorbiers, Villars. Si vous habitez une autre commune, merci de vous rapprocher de la CPTS de votre territoire.*

*Si plusieurs personnes de votre foyer sont concernées par cette recherche, merci de compléter individuellement le questionnaire autant de fois que nécessaire.*

🞎 J’ai bien noté que la CPTS du Grand Saint-Etienne ne peut garantir qu’elle trouvera une solution pour tous les demandeurs.

🞎 J'accepte que mes données soient stockées par la CPTS afin d'être recontacté et je confirme avoir pris connaissance de la politique de confidentialité, des mentions légales et des normes RGPD de la CPTS.

**Identité de la personne qui remplit ce formulaire**

1. Nom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

2. Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Identité de la personne en recherche de médecin traitant**

3. Nom de naissance : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

4. Nom d’usage : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

5. Prénom : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

6. Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

7. Pays de naissance : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

8. Ville de naissance : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

9. Numéro de sécurité sociale (ou photo de la carte vitale ou de l’attestation de droits) :

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

10. Etes-vous en affection longue durée ?

🞎 Oui 🞎 Non 🞎 Ne sait pas

11. Etes-vous bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (C2S) ?

🞎 Oui 🞎 Non 🞎 Ne sait pas

12. Etes-vous bénéficiaire de l’Aide Médicale d’Etat (AME) ?

🞎 Oui 🞎 Non 🞎 Ne sait pas

**Coordonnées pour vous contacter**

13. Numéro de téléphone : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_

14. Adresse mail : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

15. Adresse de votre lieu d’habitation :

 - Numéro et Rue : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 - Code postal : \_ \_ \_ \_ \_

 - Ville : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Informations complémentaires**

16. Pourquoi avez-vous besoin d’un médecin traitant ?

- Je viens d’emménager sur le secteur

- Mon médecin est parti à la retraite

- Autre raison, précisez : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

17. Etes-vous en capacité de vous déplacer pour un rendez-vous administratif à L’Etrat ?

🞎 Oui

🞎 Non, pourquoi : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

18. Etes-vous en capacité de vous connecter à un appel en visio sur votre téléphone ou votre ordinateur (si nous vous adressons les instructions) ?

🞎 Oui

🞎 Non, pourquoi : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_