

## Formulaire d'inscription d'un patient sur la liste du Guichet d'Accès à un Médecin de Famille (GAMF)

Afin de vous assurer que les patients qui doivent être inscrits sur la liste d'attente du GAMF soient orientés correctement selon leur condition clinique (état psychotique, idées suicidaires ou d'homicides, toxicomanie ou dépendance active, trouble dépressif, d'adaptation ou anxieux majeur et actif), nous vous suggérons fortement de passer par l'équipe GACO pour les inscrire sur la liste d'attente.

Les inscriptions faites via le site général de la RAMQ ne vous permettent pas de spécifier le diagnostic de vos patients.

En ce sens, veuillez suivre les étapes ci-dessous :

1. Le professionnel de la santé complète et envoie le présent formulaire d'inscription à l'adresse GACO : ([gamf.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gamf.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca));
2. L'agente GACO vous confirmera l'inscription dans les plus brefs délais.

### Formulaire d'inscription GAMF

<b>Nom, Prénom (obligatoire)</b>		
<b>Numéro d'assurance maladie (obligatoire)</b>		
<b>Code postal (obligatoire) :</b>		
<b>N° téléphone (obligatoire) :</b>	- -	<b>Domicile</b>
	- -	poste <b>Travail</b>
	- -	<b>Cellulaire</b>
<b><u>Veuillez cocher l'une ou plusieurs des cases suivantes :</u></b>		
<input type="checkbox"/> État psychotique	<input type="checkbox"/> Idées suicidaires ou d'homicides	
<input type="checkbox"/> Toxicomanie ou dépendance active	<input type="checkbox"/> Trouble dépressif, d'adaptation ou anxieux majeur et actif	
<b><u>Suivi par les équipes de santé mentale en place</u></b>		
Intervenant pivot	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom, titre
Intervenant en suivi	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom, titre
Psychiatre	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Nom, titre

\*Consentement verbale de l'utilisateur obtenu pour la transmission d'information au GAMF en vu de la priorisation et de l'inscription

**Oui**

**Non**