

DEMANDE DE SERVICE AU GUICHET D'ACCÈS À LA PREMIÈRE LIGNE (GAP)

Centre intégré de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

NOTE

Tous les champs précédés d'un astérisque (*) sont obligatoires / Un formulaire incomplet pourrait être retourné / Veuillez utiliser les caractères d'imprimerie / Cette demande sera traitée dans les 36 heures à la suite de la réception de ce formulaire.

*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER.ÈRE

*No de dossier :	*RAMQ ou autre :		
*Nom de famille :	*Prénom :		
*DDN (aaaa-mm-jj) :	*Âge :	*Code postal ou autre :	
*Téléphone :	Courriel :		
*Sexe (attribué à la naissance) :			
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Autre : Préciser :			
*Genre (avec lequel la personne s'identifie) :			
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre : <input type="checkbox"/> Autre : Préciser :			
*Langue parlée : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre : Préciser :			
*Est-ce que l'utilisateur est attiré à un médecin de famille ?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*Nom complet de la mère à la naissance :		Nom complet du père à la naissance :	
*Nationalité : <input type="checkbox"/> Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Autre : Préciser :			

2. INFORMATION SUR L'ACCOMPAGNATEUR

*A-t-on besoin d'informer une tierce personne pour le rendez-vous ? <i>Si oui, préciser</i>			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Travailleur social <input type="checkbox"/> Membre de famille <input type="checkbox"/> Interprète <input type="checkbox"/> Autre : Préciser :			
Nom :	Prénom :	Téléphone :	Courriel :
Nom :	Prénom :	Téléphone :	Courriel :

3. INFORMATION SUR LA DEMANDE DE SERVICE

*Veuillez cocher la raison de consultation

<input type="checkbox"/> *Moins de 24 heures	Problème de santé aigu semi urgent	Référez l'utilisateur au #811 option 3 <i>Exemples : symptôme d'ITSS, pilule du lendemain, consultation médicale pour urgence mineure, prophylaxie post-exposition (PPE), etc.</i>
<input type="checkbox"/> *24 à 72 heures :	Problème de santé aigu/chronique – non-urgent	Raison de consultation : <i>Exemples : arrêt de travail, douleur chronique, dépistage cas contact, etc.</i>
<input type="checkbox"/> *72h à 2 semaines :	Exemple de santé Problématique clinico-administrative Dépistage de santé non-urgent	Raison de la consultation : Exemple : Test PAP, contraception, dépistage ITSS, formulaire, vaccins, etc.

*L'utilisateur a-t-il un problème de santé mentale ? *Si oui, précisez lequel* Oui Non

Précisez le problème de santé mentale :

*En nous référant cet usager, celui-ci consent à l'inscription au GAMF et à ce que le professionnel du GAP contacte ou consulte son dossier médical si besoin, y compris le DSQ.

4. COORDONNÉES DU PROFESSIONNEL AYANT COMPLÉTÉ LA DEMANDE

*Nom :	*Prénom :		
*Téléphone :	*Poste :	*Courriel :	
*Signature :	*Titre professionnel :	Nº de pratique :	*Date de la demande (aaaa-mm-jj) :

5. ENVOI DU FORMULAIRE

Par courriel : service.gap.professionnel.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca