



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ORIENTATION VERS UN MEDECIN GENERALISTE

A transmettre uniquement :

- Par mail à : coordinatrice@cptsudvienne.fr
- Ou à l'adresse suivante : 4 rue Maigret 86350 Usson du Poitou

NOM Prénom		NOM Prénom	
Date de Naissance		Date de Naissance	
Adresse Postale		Adresse Postale	
Commune		Commune	
Téléphone		Téléphone	
Mail		Mail	

Motif de recherche de médecin traitant :

- Nouvel(le) arrivant(e) sur le territoire
- Mon médecin quitte le territoire et/ou arrête son activité

Nom de votre dernier médecin traitant :

Avez-vous une Affection Longue Durée ? Oui Non

Vous aurez besoin que la consultation soit : Au cabinet A domicile* Les deux

Nécessitez-vous un suivi régulier ? Oui Non

Mobilité : J'ai une voiture / un moyen de transport
 Je peux me déplacer mais je n'ai pas de moyen de transport
 Je ne peux pas physiquement me déplacer

Informations complémentaires :

.....
.....
.....

***La consultation à domicile se fera uniquement si le patient est en incapacité de se déplacer pour raison médicale.**