



ALLERGIES / INTOLÉRANCES

Avez-vous des allergies ou intolérances connues ? Oui Non

Si oui, merci de préciser :

Médicaments Aliments Autres : _____

Précisez la ou les substances : _____

Réaction(s) : _____



VACCINATIONS (si connues)

Je ne sais pas / je n'ai pas mon carnet de vaccination

DTP / Tétanos : À jour Pas à jour Ne sait pas

COVID : Oui Non

Grippe (annuelle) : Oui Non

Autres vaccins (précisez) : _____



CONJOINT / ENFANTS

Souhaitez-vous inscrire également : Un conjoint / partenaire

Des enfants Non

Nombre d'enfants : _____ Âges : _____



Si vous souhaitez inscrire votre conjoint ou vos enfants comme médecin traitant, merci de remplir un **formulaire d'inscription pour chaque personne**.

Un formulaire distinct est nécessaire pour chacun.



SANTÉ GYNÉCOLOGIQUE / UROLOGIQUE

POUR LES FEMMES

Grossesses : _____ Accouchements : _____ IVG / FC : _____

Contraception : Non Oui :

Suivi gynécologique : Oui Non

Dernier frottis : _____ / _____ / _____ Ne sait pas

Dernière mammographie : _____ / _____ / _____ Non concernée

POUR LES HOMMES

Symptômes urinaires : Non Oui

Si oui, précisez : _____

Suivi urologique : Non Oui

Si oui, précisez : _____



DISPONIBILITÉS POUR LE 1^{ER} RENDEZ-VOUS

Indiquez vos créneaux préférés. Le secrétariat vous contactera pour vous proposer un rendez-vous.

JOURS PRÉFÉRÉS	MATIN (8h - 12h)	APRÈS-MIDI (14h - 18h)
LUNDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MARDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MERCREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JEUDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VENDREDI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autres contraintes / indisponibilités (dates, horaires, jours à éviter...) : _____



DÉPISTAGES / BILAN SANGUIN / ECG

Avez-vous déjà réalisé récemment :

Bilan sanguin : Oui Non Date : ____ / ____ / ____

(Merci de joindre une copie si possible)

ECG : Oui Non Date : ____ / ____ / ____

(Merci de joindre une copie si possible)

Autres examens de dépistage (précisez) : _____

Date(s) approximative(s) : ____ / ____ / ____



ACCÉPTEZ-VOUS LES TÉLÉCONSULTATIONS ?

Acceptez-vous d'être contacté(e) pour des téléconsultations si votre médecin le juge approprié ?

Oui Non Selon la situation



CONSENTEMENT – ÉCHANGES MÉDICAUX

J'accepte que mon médecin échange des informations médicales me concernant avec mon ancien médecin traitant et/ou avec les professionnels de santé (médecins spécialistes, établissements de santé, laboratoires, etc.) dans le respect du secret médical.

Oui, j'accepte Non, je m'y oppose



Merci d'avoir pris le temps de compléter ce formulaire.
Vos réponses nous aideront à mieux préparer votre prise en charge.





CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

À VOTRE ÉCOUTE, POUR VOTRE SANTÉ

MODALITÉS DE RETOUR DU FORMULAIRE

Vous pouvez nous retourner ce formulaire complété par l'un des moyens suivants :



Par email :
inscriptiondocteurdesjeunes@gmail.com



Par voie postale :
365 Route du Coteau
Bâtiment B
38140 Saint-Blaise-du-Buis



Lors d'une permanence au cabinet :
• le 17 juin, de 14h à 16h
• le mercredi 15 juillet, de 14h à 16h



INFORMATIONS IMPORTANTES CONCERNANT VOTRE PRISE EN CHARGE



OBJECTIF DU FORMULAIRE

Ce formulaire a pour objectif de préparer le premier rendez-vous avant toute décision d'inscription en tant que médecin traitant.



INSCRIPTION COMME MÉDECIN TRAITANT

La déclaration et la validation du médecin traitant pourront être effectuées **uniquement lors du premier rendez-vous**, après évaluation de votre situation et de vos besoins de suivi.



MODALITÉS DE RÉGLEMENT

Le cabinet ne pratique **pas le tiers payant**.
Les consultations sont à régler le jour même, par chèque ou carte bancaire.



ORGANISATION DU PREMIER RENDEZ-VOUS

Après réception de votre formulaire d'inscription, un SMS vous sera envoyé avec une proposition de rendez-vous.
Ce rendez-vous devra être confirmé dans un délai de 24 heures.
Sans confirmation de votre part, le créneau ne pourra pas être garanti.



CAPACITÉ D'ACCUEIL

En raison d'une forte demande, le nombre de nouveaux patients est limité.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION – NOUVEAU PATIENT

VOTRE IDENTITÉ

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____
Sexe : Femme Homme
Adresse : _____
Code postal : ____ / ____ / ____ Ville : _____
Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Email : _____
Profession : _____
Situation familiale : _____

INFORMATIONS MÉDICALES

Avez-vous des antécédents médicaux particuliers ? Oui Non
Si oui, merci de préciser : _____
Suivez-vous un traitement actuellement ? Oui Non
Si oui, merci de préciser lequel : _____

VOTRE SITUATION ACTUELLE

Avez-vous un médecin traitant actuellement ? Oui Non
Nom du médecin traitant actuel (si oui) : _____
Commune : _____
Souhaitez-vous vous inscrire comme médecin traitant auprès du Dr DESJEUNES Cyril ? Oui Non
Si non, merci de préciser : _____

VOTRE COUVERTURE SANTÉ

Sécurité sociale (régime) : _____
Numéro d'assuré social : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Mutuelle : _____
Nom de l'assuré (si différent) : _____



CONFIDENTIALITÉ ET PROTECTION DES DONNÉES

Les informations recueillies dans ce formulaire sont nécessaires à la gestion de votre demande et à votre prise en charge médicale. Elles sont strictement confidentielles et ne seront en aucun cas communiquées à des tiers en dehors du cadre de votre suivi médical. Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de vos données. Vous pouvez exercer ce droit en nous contactant.



Merci de veiller à ce que le formulaire soit dûment complété afin de permettre le traitement de votre demande.

Nous vous remercions pour votre confiance.