***Questionnaire à destination des patients en recherche de médecin traitant***

***à déposer sous pli cacheté à la pharmacie 1 QUESTIONNAIRE PAR PATIENT***

Vous n’avez pas de médecin traitant ,

Cette demande concerne, **…….. personne(s) et âge(s)**

Nom et fonction du professionnel qui oriente le patient :

La Communauté professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) vous remercie de remplir avec attention ce questionnaire afin de vous orienter au mieux vers le médecin généraliste qui pourrait vous recevoir en consultation *( Si vous avez un médecin traitant sur le territoire, vous n’êtes pas concernés par ce questionnaire ).*

**NOM- PRENOM : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :**

**DATE ET LIEU DE NAISSANCE :**

**N° SS : ALD :** OUI / NON

**ADRESSE COMPLÈTE :**

**MOYEN DE DÉPLACEMENT :**

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

**VOUS AVEZ VOTRE DOSSIER MEDICAL : OUI □ NON □**

**ALLERGIES :**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX**

**ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :**

**TRAITEMENT :**

**DATE DE LA DERNIÈRE CONSULTATION MEDICALE :**

**DATE DE LA DERNIÈRE DÉLIVRANCE DE TRAITEMENT :**