



Recherche d'un Médecin Généraliste Traitant

Réservé aux patients sans médecin traitant ayant besoin d'un suivi médical.

En cas de problème médical aigu, merci d'appeler le 116117

Document à transmettre aux cabinets médicaux les plus proches du lieu d'habitation à visée d'harmonisation des demandes.

Identification du patient

NOM D'USAGE

NOM DE NAISSANCE

Prénom

Sexe F M

Date de naissance

NIR

INS

Numéro de téléphone

Adresse postale complète

Contexte

Ancien médecin traitant parti à la retraite (préciser son nom)

Emménagement dans la région

Autre

Demande de rendez-vous

Date de la demande

Critères de priorité

- Plus de 75 ans
 Reconnaissance ALD
 Bénéficiaire de la C2S -AME

Si orientation par un professionnel de santé, degré d'urgence ressenti par le professionnel :

- Très urgent
 Urgent
 Peu urgent

Nom et fonction du professionnel ayant remis le document

Motif de la demande

Traitements en cours

Antécédents personnels

Antécédents familiaux

Le patient donne son accord pour la transmission de ces données

Encart à compléter par le cabinet médical :

Date de réception du document

Cabinet médical

Accord Oui Non (précisez) : Liste d'attente

Date du rendez-vous

Chaque cabinet médical est libre d'étudier ou non les demandes en fonction de ses possibilités.
Le dépôt de ce formulaire ne garantit pas un retour.