

FICHE DE PRE-INSCRIPTION - CENTRE DE SANTE DU BASSIN DE LACQ

AVERTISSEMENT : L'objectif exclusif de cette fiche est de faciliter et optimiser votre 1^{ère} consultation médicale au Centre de Santé. En aucun cas, ce formulaire n'engage le Centre de Santé et ses médecins salariés à quelque action ni délai de prise en charge et ne vaut pour procédure de déclaration de médecin traitant. Le Centre de Santé garantit toutefois l'entière confidentialité des éléments transcrits sur cette fiche dès lors qu'elle sera en sa possession.

Si vous souhaitez obtenir un rendez-vous pour une consultation médicale, nous vous remercions de bien vouloir renseigner au mieux ce document. Avant votre 1^{er} rendez-vous (*Hors situation d'urgence*), il vous appartiendra de transmettre cette fiche au Centre de Santé dans les meilleures conditions de confidentialité possibles, accompagnée éventuellement d'une copie de vos dernières prescriptions médicales et comptes rendus d'hospitalisations ou de consultations spécialisées :

- Par voie postale à l'adresse suivante : Centre de Santé du Bassin de Lacq – Centre Bernard Duquesnois – Boulevard de la République - 64150 Mourenx
- Par courriel : cdsbassinlacq@santat.fr
- Par remise en main propre au personnel de **Santat** (Personnel du Centre de Santé ou du SSIAD)
- Par dépôt direct dans la boîte aux lettres du centre (cf. adresse supra, bloc de boîtes à lettres au pied de l'escalier)

VOTRE IDENTITE / VOS COORDONNEES :

NOM / Prénom :

Sécurité sociale : N° de SS :

Caisse d'affiliation :

CMU : oui non

ALD/100% : oui non

Adresse postale :

Commune :

Adresse électronique :

Téléphone(s) :

VOS CONDITIONS DE VIE / VOTRE ENTOURAGE :

Vos conditions de vie : Seul / en couple

Avec des personnes de la génération précédente (parents, autres)

Avec des personnes de la génération suivante (enfants, autres)

Nombre d'enfants (le cas échéant) :enfant(s)

Habitat : Maison individuelle / Appartement / Habitat adapté à votre état de santé : oui non

Personne référente (*indiquez ci-après et s'il y a lieu l'identité et les coordonnées d'une personne que vous souhaiteriez que le Centre de Santé prévienne en cas d'incapacité de votre part :*

Vous bénéficiez de l'**Allocation Personnalisée Autonomie** (APA) : oui non / GIR :

Vous bénéficiez de l'**Allocation Adulte Handicapé** (AAH) : oui non

Intervenants au domicile (*identifiez ci-dessous s'il y a lieu les intervenants réguliers à votre domicile*)

- Kinésithérapeute :
- Infirmier(e) libéral(e) :
- SSIAD :
- Service d'Aides à domicile :

VOS ANTECEDENTS MEDICAUX & FACTEURS DE RISQUES :

Date de naissance : / / Age : ans Taille : cm Poids : kg

Bénéficiez-vous actuellement d'un médecin traitant : oui non Indiquez SVP ci-dessous

- Si oui, **NOM Prénom et commune** de votre médecin traitant :
- Si non, depuis combien de temps ne disposez vous plus d'un médecin traitant et pour quelle raison :

Vos médecins spécialistes (*identifiez s'il y a lieu et ci-dessous les médecins spécialistes régulièrement consultés*) :

Antécédents médicaux :

Antécédents chirurgicaux :

Antécédents familiaux :

- Chez vos parents, frères et sœurs y a-t-il des antécédents de cancer ?
 - Oui Non / *Si oui, précisez de quel organe ? :*
- Chez vos parents, frères et sœurs y a-t-il des antécédents de maladies cardiovasculaires :
 - Oui Non / *Si oui, veuillez préciser :* Infarctus du myocarde AVC Hypertension artérielle Dyslipidémie Diabète

Vaccinations à jour : Covid 19 oui non DT Polio oui non je ne sais pas

Allergies : oui non / *Si oui, indiquez ci-dessous à quel(s) médicament(s) /ou aliment(s) ou produit(s) :*

Activité professionnelle : Actuellement en activité oui non
Profession(s) exercée(s) :

Consommation de tabac : oui non Si oui, nombre de cigarettes par jour :
Consommation d'alcool : oui non Avec sentiment d'addiction : oui non
Consommation de stupéfiants : oui non Avec sentiment d'addiction : oui non

VOS TRAITEMENTS :

Suivez-vous un traitement médicamenteux régulier ou particulier : oui non / *Si oui, indiquez ci-dessous le nom et posologie des médicaments pris et/ou joignez une copie de vos dernières prescriptions au présent document :*

L'équipe de Santat vous remercie pour l'ensemble de vos informations

A LIRE AVEC ATTENTION (Note Direction de Santat du 19/05/2021)

En raison du risque de saturation d'appel à l'ouverture du Centre de Santé au 07/06/2021, nous invitons tous les patients dont les médecins traitants partent à la retraite dans le courant de l'été 2021 de veiller à établir avec leurs praticiens actuels un renouvellement de leur traitement médicamenteux couvrant leurs besoins sur le plus long terme possible. **Le centre de Santé ne disposant d'une offre médicale complète qu'à compter du 15/09/2021**, des critères de priorisation et d'urgence conditionneront s'il y a lieu et dans l'entre temps la prise de rendez-vous.