



DT6565

**FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE VERS LE GUICHET
D'ACCÈS AUX SERVICES DE PREMIÈRE LIGNE POUR
CLIENTÈLE SANS MÉDECIN DE FAMILLE(GAP)**

1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Prénom _____ Âge _____

No Assurance maladie : _____ Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____

Date expiration NAM : _____

Adresse : _____ Code postal : _____

No de téléphone _____

Personne à contacter si différente de l'utilisateur : _____

No de téléphone _____

Consultation/Suivi en spécialité : _____ Nom du spécialiste : _____

Coordonnées de la pharmacie communautaire de l'utilisateur : _____

SUIVI ACTIF DU CISSS DES LAURENTIDES

OUI NON INFORMATION NON DISPONIBLE

Service : _____

Nom de l'intervenant : _____

Usager non inscrit auprès d'un médecin de famille

Usager résident dans les Laurentides

Si inscrit, référer l'utilisateur à son médecin de famille ou sa clinique

2. MOTIF DE RÉFÉRENCE (À COMPLÉTER PAR TOUS LES RÉFÉRENTS)

DESCRIPTION SUCCINCTE DU MOTIF DE LA DEMANDE ET DES BESOINS IDENTIFIÉS

Nom :

Prénom :

Dossier :

3. PRIORISATION POUR UNE DEMANDE CONCERNANT UNE PROBLÈME DE SANTÉ (DÉLAI DÉSIRÉ POUR ÉVALUATION INFIRMIERE GAP)

Section réservée aux médecins, pharmaciens et infirmiers/infirmières cliniciennes

Justifiez le choix du niveau de la priorité

- ÉLEVÉ (P1)** : moins de 24 heures Justification : _____
- NORMAL (P2)** : 24 à 72 heures Justification : _____
- FAIBLE (P3)** : 72 heures et plus Justification : _____

4. CONSENTEMENT DE L'USAGER

L'utilisateur est informé et consent à la demande? Oui

L'utilisateur autorise le référent à transmettre les informations requises au GAP? Oui

L'utilisateur autorise le GAP à transmettre les informations requises à toute instance recevant la demande de référence? Oui

Joindre les rapports pertinents, les évaluations, les plans d'intervention et les profils pharmacologiques, selon le cas échéant.

Formulaire à transmettre par courriel ou par fax au :

Numéro de télécopieur : 1-888-570-0496 Courriel : 15 CISSS LAU GAP gap.cissslau@ssss.gouv.qc.ca

Coordonnées du GAP (Guichet d'accès à la première ligne)

Numéro de téléphone : 811 option 3

Numéro aux professionnels : 514-890-6623

5. IDENTIFICATION DU RÉFÉRENT

Nom du référent	_____	Titre	_____
Service/organisme	_____	Courriel	_____
No de téléphone	_____	No de télécopieur	_____
Adresse	_____	Date	_____