

FORMULAIRE MÉDICAL NOUVEAU PATIENT

IMPORTANT : Le remplissage de ce document ne garantit en rien l'acceptation du suivi ultérieur au cabinet.

Ce formulaire est strictement confidentiel et soumis au secret médical.

VOLET ADMINISTRATIF

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse postale :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Adresse mail :

Profession :

Nombre d'enfant à charge :

Bénéficiaire d'un des dispositifs suivants :

- ALD (*Maladie concernée et date de validité*) :
- CMU/CMUc/ACSS :
- AME :

Médecin traitant actuel :

Raison du changement :

VOLET MÉDICAL

Vaccinations (*Dater la réalisation des dernières vaccinations*) :

- Diphtérie Tétanos Polio Coqueluche (DTPCa) :
- Zona :
- Pneumocoques :

Dépistages (*Dater la réalisation des derniers examens réalisés*) :

- Mammographie :
- Dépistage colorectal :
- Frottis :
- Autre dépistage selon le contexte (Prostate, amiante, maladie génétique) :

Dernière prise de sang (*Dater*) :

Allergie médicamenteuse (médicament et symptômes) :

Intolérance médicamenteuse (médicament et symptômes) :

Allergie autre (pollens, acariens, poils d'animaux, autre) :

Habitude alimentaire (Végétarien, vegan, autre) :

Sport :

Loisirs :

Tabagisme :

Aucun

Sevré : Date de début (année) : - Date de fin (année) :
Nombre de cigarettes par jour :

Actif : Nombre de cigarettes par jour : Depuis (année) :

Alcool : Consommation de verres par jour/semaine :

Drogues :

ANTECEDENTS MEDICAUX

Indiquer chaque antécédent médical et dater le mieux possible l'apparition de la maladie

- Exemple : Hypertension artérielle (2012)

-
-
-
-
-
-
-
-

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX

Merci d'indiquer chaque intervention chirurgicale, la raison de l'intervention, et de dater le mieux possible chaque intervention

- Exemple : Prothèse de hanche droite pour arthrose (2018)

-
-
-
-
-

ANTÉCÉDENTS GYNÉCOLOGIQUES

Merci de préciser le mieux possible et de dater chaque antécédent

-
-
-

VOLET RÉSERVÉ AU PATIENT DIABÉTIQUE

Diabète de type 1 ou 2 : Depuis (année) :
Diabétologue :
Dernière hémoglobine glyquée (HbA1c) :
Dernier fond d'oeil avec ophtalmologue :
Dernier bilan cardiologique :
Dernier bilan doppler artériel (vaisseaux du cou, Aorte et jambes) :
Dernier examen des pieds :

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Merci de préciser le mieux possible et de donner l'âge de survenue de chaque antécédent

Antécédents familiaux cardiovasculaires :
(Par exemple : infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, diabète de type 1 ou de type 2, hypercholestérolémie)

-
-
-
-
-
-

Antécédents familiaux de cancers :

-
-
-
-
-
-

Antécédents familiaux gastro-entérologiques :
(Par exemple : polypes des intestins)

-
-

TRAITEMENTS EN COURS

Merci de détailler le mieux possible le nom du médicament, la posologie, et la date du début de traitement (vous pouvez également joindre votre ordonnance de traitement habituel) :

Traitement chronique :

- Exemple : PERINDOPRIL 5mg (2012)

-
-
-
-
-
-
-
-

Médicament pris ponctuellement et raison :

-
-
-
-

Contraception :

-

PROBLÉMATIQUE MÉDICALE ACTUELLE

Merci de préciser le mieux possible les symptômes actuels non diagnostiqués, non stabilisés, ou non traités (date d'apparition, évolution des symptômes) :

-
-
-
-
-
-

SPÉCIALISTES MÉDICAUX

Merci d'indiquer le nom des spécialistes qui vous suivent, la fréquence de suivi et de dater la dernière visite :

-
-
-
-

Merci d'indiquer le nom et les coordonnées de votre infirmière référente le cas échéant :

-

DOCUMENTS A FOURNIR

- Copie du dossier médical en cas d'acceptation au cabinet, en format papier ou sur clé USB (elle vous sera restituée après numérisation)
- Copie de l'ordonnance de médicaments si possible
- Copie des résultats de la dernière prise de sang si possible

Le cas échéant :

- ALD (prise en charge à 100%) en cours
- CMUc / ACSS / AME

VOLET CONCERNANT L'ORGANISATION DU CABINET

IMPORTANT :

En remettant ce dossier vous êtes informé(e) et consentez explicitement aux éléments suivants :

- Une assistante médicale pourra vous accueillir et assurer différentes tâches durant la consultation sous la responsabilité du médecin.
- Votre médecin pourra être accompagné d'un étudiant en médecine.
- Vous pourrez être reçu(e), après information, par un interne en médecine.
- Le délai à anticiper pour une consultation de suivi est, en général, de 4 à 6 semaines.
- Le cabinet est organisé pour prendre en charge toutes les demandes de consultations pour motif urgent/aigu/soin non programmé.

- Les consultations d'urgences (soins non programmés) ne sont pas faites pour le renouvellement, le suivi global, les demandes de certificat, ni pour la gestion plus rapide de motifs médicaux anciens (liste non limitative).
- Toute demande, document, ordonnance (liste non limitative), se fait exclusivement en consultation ou en téléconsultation.
- Aucun document ne sera envoyé par email, ni aucun échange n'aura lieu par email.
- Les médecins du cabinet ne réalisent pas de visites à domicile.
- Le Docteur CASTILLO exerce en secteur 2 (dépassements d'honoraires). Le tarif de la 1ère consultation est de 70€ (sauf moins de 18 ans), puis de 46€ ensuite. Votre remboursement dépend de votre mutuelle qu'il convient de vérifier.
- En cas d'impossibilité d'honorer votre rendez-vous, merci de prévenir au plus vite afin qu'un autre patient puisse en bénéficier.
- Une attitude respectueuse est attendue en toutes circonstances et envers tous les membres de l'équipe. Tout manquement pourra entraîner sans préavis une exclusion définitive du cabinet.

Indiquer ici toutes informations vous semblant pertinentes afin de nous aider dans votre prise en charge :

Date :

Signature :