

Madame, Monsieur,

D'après les éléments d'information dont nous disposons, vous n'avez pas aujourd'hui de médecin traitant qui assure votre suivi.

Avec le soutien de la Caisse primaire d'Assurance maladie de l'Indre, les professionnels de santé du Boischaut Nord lancent une action de recensement des patients de plus de 70 ans sans médecin traitant. Cette action vise à accompagner les patients dans leur parcours de soins.

Si vous souhaitez bénéficier de cette action, nous vous remercions de bien vouloir compléter, le formulaire ci-joint nommé « Formulaire d'identification des patients sans médecin traitant » et de le retourner à l'adresse suivante :

**CPTS du Boischaut Nord chez InterCPTS 36,
34 place Voltaire, 2^{ème} étage,
36000 Châteauroux**

Le contexte départemental étant marqué par une faible démographie médicale, nous ne pouvons-nous engager à trouver un médecin traitant pour tous.

Nous vous rappelons que vous pouvez

- Pour toute urgence vitale composer le **15 – SAMU**
- Pour toute urgence non vitale composer le 116 117 du lundi au vendredi de 8h à 20h – Service d'Accès aux Soins (SAS)

Recevez, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

Sami GAFSI



Sous-directeur Régulation Innovation
Santé
CPAM de l'Indre

Sylvaine LE LIBOUX



Co-présidente
CPTS du Boischaut Nord

Alexandra ROULLEAU



Co-présidente
CPTS du Boischaut Nord

Formulaire d'identification des patients sans médecin traitant



- Suivant votre situation, vous pourrez être orienté vers divers services / réponses.
- Nous confirmerons la réception de votre demande par courrier ou par mail.

Les données renseignées dans ce formulaire seront traitées en interne par le personnel salarié de la CPTS et accessibles aux professionnels de santé de la CPTS. Les données seront conservées au maximum 5 ans après leur réception. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Pour toutes demandes d'information relatives à l'objectif de ce formulaire, au traitement de vos données ou au respect de leur confidentialité, vous pouvez nous adresser un mail à cptsboischaunord@gmail.com. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Adresse mail :

Qui était votre dernier médecin traitant ?

Nom : Prénom :

Code postal : Ville :

Etes-vous atteint d'une affection longue durée ? Oui Non

Pouvez-vous vous déplacer ? Oui Non

Si non, merci de nous préciser vos contraintes (véhicule, problème médicaux rendant difficile le déplacement, problème de mobilité rendant difficile le déplacement, autres ...) ?

.....
.....

J'atteste avoir bien pris connaissance de l'objet de ce formulaire

J'atteste avoir bien pris connaissance et être d'accord de la procédure concernant la collecte et le traitement de mes données ainsi que mes droits RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

Je donne mon accord pour que les salariés de la CPTS réceptionnent, traitent et orientent (vers les soignants et/ou services compétents) ma demande et ma situation en concertation avec les professionnels de santé de la CPTS.

Date :

Lieu :

Signature