



## Recherche de médecin traitant

Formulaire à compléter avec le patient et à envoyer via Azurezo à « Dépôt recherche MT » (créer « CPTS PROVENCE VERTE ») Si pas d'accès à Azurezo, contactez-nous par mail [association@cptsprovenceverte.com](mailto:association@cptsprovenceverte.com)

Dans le cadre de sa mission sur l'accès aux soins, la CPTS PV recense les demandes de personnes en recherche de MT sur les 34 communes composant son territoire. Les informations recueillies dans ce formulaire permettront une recherche auprès des MG du territoire, membres de la CPTS.

Il n'y a aucune garantie de trouver une solution pour tous les demandeurs

Il n'y aura pas de liste d'attente créée

Commune .....

Date .....

Professionnel effectuant la demande .....

### Informations à recueillir auprès de la personne demandeuse

Nom .....

Prénom .....

Date de naissance .....

Adresse .....

Numéro de téléphone (portable de préférence) .....

Mail (si utilisé) .....

Membres du foyer à la recherche d'un médecin traitant :

Nombre d'adultes :

Nombres d'enfants :

Couverture sociale .....

Avez-vous besoin d'aide pour l'accès ou le suivi de vos droits ? Oui Non

Médecin traitant actuel (nom et commune) .....

Si non, dernier médecin traitant (nom, commune et date d'arrêt du suivi) .....

Êtes-vous suivi par d'autres professionnels de santé ? par des services sociaux ? par des associations ? Oui Non

Si oui, notez les principaux :

Affection Longue Durée Oui Non

Êtes vous en situation de handicap Oui Non

Nécessité de visites à domicile : Oui exclusivement Oui exceptionnellement Non

Précisions éventuelles sur l'état de santé ou sur la demande :



En signant ce document, le demandeur :  
reconnait avoir reçu une information sur les objectifs de ce dispositif de recherche de MT auprès de la CPTS PV,  
accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun,  
garde la liberté de quitter ce dispositif à tout moment et de demander l'accès, la modification et la suppression de ses données en contactant la CPTS par mail : [contact@cptsprovenceverte.com](mailto:contact@cptsprovenceverte.com)

Signature du professionnel  
effectuant la demande

Signature du demandeur

En cas de remplissage électronique, cocher cette case pour attester être le professionnel effectuant la demande et avoir obtenu le consentement de la personne à la recherche d'un médecin traitant