L’attribution des patients tiendra compte du fait que le médecin doit maintenir la proportion minimale de 40% de patients vulnérables. Au Guichet d’accès pour la clientèle orpheline (GACO), les patients considérés comme vulnérables sont ceux identifiés par les catégories A, B ou C.

Prise en charge de nouveaux patients et nouvelles patientes du Guichet d’accès à un médecin de famille (GAMF)

Profil de clientèle souhaitée

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du/de la médecin**  |  |
| **Numéro de permis du/de la médecin**  |  |
| **Adresse civique de la clinique médicale**  |  |
| **Numéro de téléphone de la clinique médicale** |  |
| **Nombre souhaité de patients/patientes par attribution** |   |
| **Signalez-nous vos intérêts pour une clientèle particulière** **(Notez que le GACO veillera à vous attribuer le plus de patients possible des catégories sélectionnée en fonction des délais d’attente de votre territoire sans pour autant s’y limiter.)** | [ ]  **Tout type de clientèle** (pas de préférence)[ ]  **Clientèle pédiatrique 0 – 5 ans** [ ]  **Clientèle pédiatrique 6 – 12 ans**[ ]  **Adolescents 12 – 18 ans** [ ]  **Santé mentale** (Notez que les patients de cette catégorie ont aussi d’autres problématiques associées)[ ]  **Toxicomanie** (Notez que les patients de cette catégorie ont aussi d’autres problématiques associées)[ ]  **Cancer actif** (Notez que la majorité de ces patients disposent d’un suivi de 2e ligne)[ ]  **Maladies chroniques** (ex. : diabète, hypertension, maladie cardiovasculaire, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, maladie inflammatoire, etc.) [ ]  **Suivi de grossesse** [ ]  **Femme enceinte qui a déjà un suivi de grossesse** [ ]  **VIH/Hépatite C** (notez que nous ne ferons pas de distinctions des diagnostiques lors de l’attribution)[ ]  **Patients/patientes Trans** [ ]  Autres précisez :  |
| **Caractéristique de la clientèle actuellement prise en charge**  | Pourcentage de patients vulnérables : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Pourcentage de patients non vulnérables : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  **Je demande à ce que ma prise en charge soit évaluer par un CML pour que la présente demande serve à rééquilibrer ma patientèle(en cas de besoin).**  |
| **Langue(s) parlée(s) par le/la médecin :** | [ ]  français [ ]  anglais autre(s)  |

**Transmettre le formulaire à l’adresse courriel suivante :** **gamf.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca**

**ou par télécopieur au numéro 514-527-2604** pour de plus amples renseignements, veuillez contacter l’agente administrative du GAMF au numéro 514-527-2318 option 2.