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**](mailto: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.