



DT9163

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ULTRASPÉCIALISÉS

La date de réception de ce formulaire par le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès de l'établissement et l'entrée des données dans le système démarrent le calcul du temps d'attente pour le service mentionné ci-dessous. Ce formulaire ne remplace pas la requête opératoire ou la demande de service. Ces dernières doivent être jointes au présent formulaire.

Informations sur le patient				Section à remplir s'il n'y a pas d'adressographe (en lettres moulées)			
Nom		Prénom		Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin			
Date de naissance		Année	Mois	Jour	Nom de la mère à la naissance		
N° d'assurance maladie			Date d'expiration		N° de dossier		
Adresse						Code postal	
N° de téléphone	Ind. rég.	Résidence		Ind. rég.	Travail		N° de poste
							Autres

Section du médecin			
Nom du médecin (en lettres moulées)		Spécialité	
Type de service spécialisé requis : (doit être concordant avec la requête opératoire ou la demande de service)			
Priorité médicale à l'inscription : (cocher le niveau correspondant)			
Pour hanche, genou, cataracte : <input type="checkbox"/> ≤ 6 mois			
Toute autre intervention : <input type="checkbox"/> ≤ 3 mois <input type="checkbox"/> ≤ 6 mois <input type="checkbox"/> ≤ 9 mois <input type="checkbox"/> ≤ 12 mois <input type="checkbox"/> ≤ 18 mois			
J'inscris le patient sur la liste d'accès aux services spécialisés et ultraspécialisés pour le type de service ci-haut mentionné. Je joins à la présente la requête opératoire ou la demande pour ce service.			
Signature du médecin	N° de permis		Date
		Année	Mois
		Jour	

Section du patient			
En apposant ma signature ci-dessous, je comprends que je serai inscrit sur la liste d'accès aux services de l'établissement nommé plus bas, afin d'obtenir le service spécialisé mentionné dans la « section médecin ».			
Signature du patient ou de son représentant légal	Date		Année
		Mois	Jour
<input type="checkbox"/> Incapacité de signer <input type="checkbox"/> Autre, préciser :			

Réception de la demande par le responsable du mécanisme central de gestion de l'accès aux services de l'établissement			
Nom de l'établissement		Code de l'établissement	
Signature de la personne autorisée à traiter cette demande	Date de réception de la demande à l'établissement		Année
		Mois	Jour
Date prévisible d'obtention du service spécialisé à être communiquée au patient			Année
			Mois
			Jour

Retourner le formulaire à l'établissement dans les plus brefs délais

FORMULAIRE D'INSCRIPTION SUR LA LISTE D'ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS ET ULTRASPÉCIALISÉS