



CNM08083

Guichet d'accès première ligne (GAP)

RÉFÉRENCE AU GAP

Site de provenance du référent: _____

No dossier		
Nom, Prénom de l'utilisateur		
DDN	N° d'assurance maladie	Exp.
Adresse		
N° téléphone		
N° téléphone (autre)		

Acheminer la demande à l'adresse courriel suivante : gap.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

**Notez qu'il y a un délai de 24h pour le traitement de votre demande

Date de l'envoi : ____/____/____

Tous les champs sont obligatoires. Un formulaire incomplet pourrait être retourné.

1- Informations complémentaires de l'utilisateur

Courriel : _____

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin ☐ Autre

Langue parlée : ☐ Français ☐ Anglais ☐ Autre, préciser : _____

Nom de la mère à la naissance : _____ Prénom de la mère à la naissance : _____

☐ En nous référant cet usager, celui-ci consent à l'inscription au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF) et à ce que le professionnel du GAP le contacte ou consulte son dossier médical si requis, y compris le Dossier santé Québec (DSQ).

☐ L'utilisateur est informé que le GAP **n'est pas un service d'urgence**. S'il y a un changement d'état de santé général/sa situation d'ici l'appel du GAP, il doit contacter le 811 pour une évaluation ou le 911 en cas d'urgence.

☐ L'utilisateur est informé qu'après trois (3) tentatives de contact, la demande sera fermée en cas de non réponse de l'utilisateur et qu'il devra contacter le 811 option « 3 » pour réactiver la demande.

2- Information sur la demande de service (Veuillez cocher la raison de la consultation)

<input type="checkbox"/> Moins de 36 heures	Problème de santé aigu semi-urgent	Raison de la consultation : <i>Exclue les situations d'urgence Exemples : Douleur cardiaque ou thoracique, palpitations, symptômes d'AVC, difficulté respiratoire, saignement actif, sensation de perte de conscience, discours incohérent, idées suicidaires avec ou sans plan, etc.</i>
<input type="checkbox"/> 36 à 72 heures	Problème de santé aigu/chronique non urgent	Raison de la consultation : <i>Exemples : Problème de santé présent depuis plus d'un mois <u>avec</u> aggravation, arrêt de travail, etc.</i>
<input type="checkbox"/> 1 à 2 semaines	Examen de santé Problématique clinico-administrative Dépistage de santé non-urgent	Raison de la consultation : <i>Exemples : Problème de santé présent depuis plus d'un mois <u>sans</u> aggravation, formulaire SAAQ, formulaire CNESST, formulaire d'inaptitude, etc.</i>

Nom et prénom de l'intervenant	Permis/Profession	Signature de l'intervenant
_____ AAAA/MM/JJ	_____ HH :MM	_____ N° de cellulaire, courriel