 **Fiche de recueil d’informations à renvoyer absolument à**

**CPTS-Terres de Charente**

138 avenue de la république, 16170 Rouillac

contact@cpts-terresdechrente.org

**contact@cpts-terresdecharente.org**

Mr **□**  Me **□**  Nom : ……………………………………… Nom de naissance : …………………………………

Prénom : ……………………………………………………………………………………………………………………….

Age : ……………………………………………………………………………………………………….

N° de téléphone : ………………………………………………………………………………………………………….

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………………………………….

Commune de résidence : ………………………………………………………………………………………………

Autre membre de la famille à suivre : …………… enfant(s) ………………… adulte(s)

Date de la demande : ……………………………………………..

Motif de la demande : **□** arrivé du patient sur la commune **□** pas de médecin traitant **□** cessation d’activité du médecin **□** changement de médecin traitant **□**autre

Nom du dernier médecin traitant : ……………………………………………………………………..

Possibilité de se déplacer **□** oui **□**non

Besoin de consultation **□** ponctuelle **□** régulière
Prise en charge à 100% d’une maladie (Affection Longue Durée) : **□** oui **□**non

Maladie(s)/ situation de handicap : ……………………………………………………………….

En soumettant ce formulaire, vous acceptez le traitement de vos données personnelles par l’association CPTS Terres de Charente dans le cadre du dispositif recherche de médecin traitant, conformément [à la loi](https://www.cpts-na.org/outils-de-mise-en-oeuvre/#73-73-wpfd-top) du 20 juin 2018 (relative à la protection des données personnelles) et selon l’arrêté du 21 août 2019 (portant sur l’approbation relative au déploiement des CPTS) :

* J’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
* Ma demande est valable 1 an et peut être renouvelée passé ce délai
* Je peux demander, à tout moment, l’arrêt du traitement de vos données en contactant la CPTS Terres de Charente (se désinscrire)