

## Formulaire de repérage des patients sans médecin traitant

**Cadre réservé à la CPTS**

*Demande reçue le :*

*N° immat demande :*

*Demande enregistrée*

**Vos coordonnées :**

Nom – Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse postale : .....

Adresse email : .....

Téléphone portable : ..... Téléphone fixe : .....

Numéro de sécurité sociale : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Combien de personnes de votre foyer recherchent un Médecin Traitant ? .....

**1. Veuillez cocher la case de votre lieu d'habitation :**

Zone 1	Zone 2	Zone 3
<input type="checkbox"/> Corbelin	<input type="checkbox"/> Arandon-Passins	<input type="checkbox"/> Bouvesse-Quirieu
<input type="checkbox"/> Dolomieu	<input type="checkbox"/> Brangues	<input type="checkbox"/> Charrette
<input type="checkbox"/> Faverges-de-la-Tour	<input type="checkbox"/> Le Bouchage	<input type="checkbox"/> Courtenay
<input type="checkbox"/> Granieu	<input type="checkbox"/> Morestel	<input type="checkbox"/> Creys-Mépieu
<input type="checkbox"/> La Bâtie-Montgascon	<input type="checkbox"/> Saint-Sorlin-de-Morestel	<input type="checkbox"/> Montagnieu
<input type="checkbox"/> Les Avenières Veyrins-Thuellin	<input type="checkbox"/> Saint-Victor-de-Morestel	<input type="checkbox"/> La Balme-les-Grottes
<input type="checkbox"/> Vasselín	<input type="checkbox"/> Salagnon	<input type="checkbox"/> Montalieu-Vercieu
	<input type="checkbox"/> Morestel	<input type="checkbox"/> Optevoz
	<input type="checkbox"/> Sermérieu	<input type="checkbox"/> Parmilieu
	<input type="checkbox"/> Vézeronce-Curtin	<input type="checkbox"/> Porcieu-Amblagnieu
	<input type="checkbox"/> Vignieu	<input type="checkbox"/> Saint-Baudille-de-la-Tour
		<input type="checkbox"/> Soleymieu
		<input type="checkbox"/> Vertrieu

**2. Informations complémentaires**

❖ Etes-vous porteur.euse d'une affection de longue durée (ALD) comme le diabète, les pathologies cardiaques, la polyarthrite... ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? : .....

- ❖ Souffrez-vous de pathologie(s) chronique(s) hors ALD comme hypertension, épilepsie, thyroïde, bronchite, asthme... ?

Oui  Non

Si oui, lesquelles ? : .....

- ❖ Etes-vous suivi.e.s par un.e/des médecin.s spécialiste.s ou dans un service hospitalier ?

Oui  Non

Si oui, lesquels ? .....

- ❖ Bénéficiez-vous de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS) ou de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ?

Oui  Non

- ❖ Quelle est votre situation actuelle ? :

- Mon médecin traitant a/va cesser son activité
- Je n'ai pas de médecin traitant
- Je viens d'emménager sur le territoire

Nom et département d'exercice de votre ancien médecin traitant :

.....

### 3. Avez-vous des remarques, des informations à nous partager ? :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Formulaire rempli le : ..... A : .....

- J'accepte que mes données soient enregistrées et traitées par la CPTS Pays des Couleurs dans le cadre de la procédure de recensement et de priorisation des patients sans médecin traitant.

Signature :

**Merci de retourner ce formulaire :**

**Soit par voie postale :**

CPTS Pays des Couleurs – A l'attention de Mme MANFRIN  
1124 Route d'Argent  
38510 MORESTEL

**Soit de le déposer directement sous enveloppe cachetée à l'attention de Coralie MANFRIN :**

- Dans l'urne dédiée au secrétariat de la MSP de Montalieu-Vercieu ;
- Aux secrétariats des mairies des Avenières-Veyrins-Thuellin.

Attention, l'adresse email de la CPTS n'est pas sécurisée. La CPTS ne peut garantir la protection de vos données pour tout retour de formulaire par mail.

---

**Traitement des données personnelles**

Les formulaires recueillis sont transmis aux médecins généralistes selon leur lieu d'exercice et leur capacité à accepter de nouveaux patients. La base légale du traitement est le consentement, et la **CPTS du Pays des Couleurs** agit comme **responsable du traitement**.

Les formulaires papier sont conservés dans les locaux de la CPTS ou dans les cabinets médicaux du territoire de la CPTS. Les données collectées seront communiquées uniquement aux destinataires suivants :

- Les salariés de la CPTS du Pays des Couleurs ;
- Les médecins généralistes adhérents à la CPTS et acceptant de recevoir de nouveaux patients ;
- Le personnel administratif des cabinets médicaux du territoire de la CPTS ;
- Les Infirmiers de Pratique Avancée adhérents à la CPTS.

Les données ne sont conservées que jusqu'à la signature d'un contrat avec un médecin traitant ou pendant 1 an, le cas échéant.

**Vos droits relatifs à vos données personnelles**

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier ou demander leur effacement. Vous pouvez également :

- **Demander la limitation du traitement de vos données** si vous contestez l'exactitude des données, si le traitement est illicite ou si vous vous opposez à leur traitement. Dans ce cas, les données seront conservées mais ne feront plus l'objet de traitement, sauf exceptions prévues par la loi ;
- **Retirer à tout moment votre consentement** au traitement de vos données ;
- **Introduire une réclamation auprès de la CNIL** si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés. Vous pouvez contacter la CNIL via leur site internet : [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr).

Pour exercer ces droits ou pour toute question relative au traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter **Coralie MANFRIN** à l'adresse suivante : [coralie.manfrin@cptspaysdescouleurs.fr](mailto:coralie.manfrin@cptspaysdescouleurs.fr) ou par courrier à : 1124 Route d'Argent, 38510 MORESTEL.