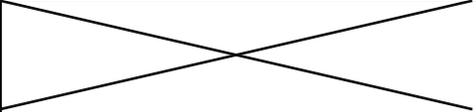


**Informations requises pour  
inscription à Accès Patient NB**

<b>Prénom et nom</b>		
Choisir la raison pourquoi laquelle vous vous inscrivez au programme :	<input type="checkbox"/> J'ai un médecin de famille ou une infirmière praticienne, mais je souhaite trouver un nouveau fournisseur. <b>Nom du médecin ou infirmière praticienne actuel :</b>  <input type="checkbox"/> Mon médecin de famille ou mon infirmière praticienne a pris sa retraite, fermé sa clinique ou déménagé. <b>Nom du médecin ou infirmière praticienne actuel :</b>  <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne et je suis incapable d'en trouver un.  <input type="checkbox"/> J'ai déménagé et je n'ai pas de médecin ou d'infirmière praticienne à l'endroit où j'habite maintenant.	
<b>Code postal</b>	<b>Numéro de voirie</b>	<b>Nom de la rue</b>
<b>Type de rue</b>	<b>N° d'appt.</b>	<b>N° municipal / C.P.</b>
<b>Municipalité</b>	<b>Province</b>	
<b>Interlocuteur principal, mandataire spécial, parent</b>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<b>Sexe</b>  <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Autre	<b>Carte d'assurance-maladie</b>  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  N° :
<b>Date de naissance (aaaa/mm/jj)</b>	<b>Langue de service préférée</b>  <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Aucune préférence	<b>N° de téléphone</b>

<p align="center"><b>Courriel</b></p>	<p align="center"><b>Nombre de résidents dans le ménage</b></p>	<p><b>Voyagerais-tu pour accéder à un fournisseur de soins de santé?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p align="center"><b>Si oui, quelle distance approximative?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 25 km <input type="checkbox"/> 50 km <input type="checkbox"/> 100 km</p>
<p><b>OPTIONNEL</b> – Sélectionnez ceux qui s’appliquent :</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendances</p> <p><input type="checkbox"/> Arthrite</p> <p><input type="checkbox"/> Asthme</p> <p><input type="checkbox"/> Cancer</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur chronique</p> <p><input type="checkbox"/> Santé cognitive (Alzheimer, démence)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Emphysema/COPD</p> <p><input type="checkbox"/> GERD (reflux acide)</p> <p><input type="checkbox"/> Maladie du cœur</p> <p><input type="checkbox"/> Pression artérielle élevée/basse</p> <p><input type="checkbox"/> Santé mentale (stress, anxiété, dépression)</p>	<p><b>Avez-vous des ordonnances ou des médicaments qui nécessitent des renouvellements continus?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p align="center"><b>Êtes-vous enceinte?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> S/O</p>
<p align="center"><b>EN SIGNANT LE PRÉSENT DOCUMENT, JE CONSENS À CE QUE LES INFORMATIONS FOURNIES SOIENT PARTAGÉES AVEC D’AUTRES PERSONNES.</b></p>		
<p align="center"><b>Signature</b></p>		
<p align="center"><b>Date</b></p>		

*Lorsque le formulaire est rempli, prière de le rapporter en personne ou de l’envoyer par la poste à cette adresse : 3851, rue Principale, Baker-Brook, N.-B. E7A 2A1, ou par courriel à cette adresse : [info@haut-madawaska.com](mailto:info@haut-madawaska.com).*