

Demande de consultation**Date de la demande :**Nom d'épouse Nom de jeune fille Prénom Née, le Adresse Ville Code postal Tél. Dom Tél. Trav. Portable Nom du conjoint Prénom du conjoint Né, le **CONDITIONS DE VIE**1- Avez-vous des difficultés de compréhension du français ?..... Oui Non2- Etes-vous ? Seule Mariée En couple depuis :.....

3- Avez-vous ? Et votre conjoint ?

Sécurité sociale Oui Non Sécurité sociale Oui NonMutuelle Oui Non Mutuelle Oui NonCMU (complémentaire) Oui Non CMU (complémentaire) Oui NonAME Oui Non AME Oui Non**VOUS SOUHAITEZ UN RENDEZ-VOUS** Avec un médecin spécifique : Dr Le plus tôt possible Avec un médecin disponible Entre le..... et le**QUI VOUS A ADRESSÉS AU CENTRE D'AMP DE BICHAT ?** Un autre médecin spécialiste : Dr Mon médecin traitant : Dr Une amie Je me suis renseignée toute seule (internet,...)Avez-vous un courrier de votre médecin ou bien un courrier a été envoyé à Bichat ?..... Oui Non**POUR POUVOIR MIEUX VOUS ORIENTER, MERCI DE NOUS SIGNALER :**Présentez-vous et/ou votre conjoint une infection virale (hépatite B, hépatite C, ou VIH) ? Oui NonAvez-vous d'autres maladies particulières ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

.....

Prenez-vous un traitement ? Oui Non Si oui, lequel ou lesquels ?.....

.....

Avez-vous déjà consulté à l'hôpital BICHAT ?..... Oui Non

Si, oui avez-vous un numéro d'identification NIP à 10 chiffres (étiquette jaune)?

Avez-vous déjà consulté un autre centre d'AMP ?..... Oui Non

Si oui, merci de fournir au secrétariat une copie de tous les compte-rendu des éventuelles tentatives effectuées.

.....

Réponse : Favorable Défavorable**Rendez-vous le :** Avec :