

## Formulaire d'inscription du patient

Médecine familiale Nouveau-Brunswick (MFNB) est un programme dirigé par des médecins de famille, dans le cadre duquel les patients inscrits auprès d'un médecin de famille participant audit programme ont accès à des soins primaires de ce médecin et d'autres médecins et fournisseurs de soins de santé appartenant au groupe de MFNB de ce même médecin.

### Partie A – Demande d'inscription

- 1) Je désire m'inscrire comme patient (le « **patient** ») du médecin de famille nommé ci-dessous (« **mon médecin** ») afin de pouvoir obtenir des soins primaires de mon médecin et d'autres médecins appartenant au groupe de MFNB de celui-ci.
- 2) Je conviens :
  - a) de communiquer avec mon médecin ou avec le groupe de MFNB chaque fois que j'ai besoin d'un conseil ou d'un traitement médical et d'éviter de recourir à d'autres médecins de famille ou d'autres cliniques sans rendez-vous lorsque mon médecin ou un autre médecin du groupe de MFNB sont disponibles;
  - b) d'informer mon médecin en cas de changement apporté à mon adresse ou à mon numéro de téléphone;
  - c) de respecter les autres dispositions de la partie C (Consentement relatif à la protection des renseignements personnels) et de la partie D (Autres conditions) figurant au verso de cette page.
- 3) Je comprends que je peux consulter d'autres médecins ou fournisseurs de soins lorsque ni mon médecin ni aucun autre médecin du groupe de MFNB ne sont disponibles, en cas d'urgence, ou lorsque que je suis en voyage à l'extérieur de mon lieu de domicile.

| Patient  |       |      |                              |  |
|--|-------|------|------------------------------|--|
| <b>Nom du patient :</b><br><i>(Nom complet en lettres moulées)</i> |       |      |                              |  |
| <b>Date de naissance</b>   | Année | Mois | Jour                         | <b>Numéro d'assurance-maladie du patient :</b> |
| <b>Signature du patient :</b>                                      |       |      | <b>Date de signature :</b>   |  |
| Représentant du patient  |       |      |                              |  |
| <b>Nom du représentant du patient :</b> <i>(Nom complet)</i>       |       |      | <b>Lien avec le parent :</b> |  |
| <b>Signature du représentant :</b>                                 |       |      | <b>Date de signature :</b>   |  |

### Partie B – Acceptation du médecin

- 1) J'accepte le demandeur nommé ci-dessus comme patient dans le cadre du programme MFNB, sous réserve des dispositions de la partie D (Autres conditions) figurant au verso de cette page.
- 2) Je conviens :
  - a) de fournir au demandeur des soins médicaux continus et l'accès continu à des professionnels de la santé compétents pendant toutes les heures d'ouverture régulières de la clinique ainsi qu'aux moments supplémentaires convenus;
  - b) de respecter les dispositions supplémentaires de la partie D (Autres conditions) figurant au verso de cette page.

|                         |                            |                               |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <b>Nom du Médecin :</b> | <b>Date de signature :</b> | <b>Signature du Médecin :</b> |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|

## Partie C – Consentement relatif à la protection des renseignements personnels

Je comprends que mon inscription auprès de mon médecin dépend de mon engagement à éviter, si possible, de recourir à des fournisseurs de services de santé ne faisant pas partie du groupe de MFNB de mon médecin pour obtenir des soins primaires. En conséquence, je consens à ce que le ministère de la Santé informe mon médecin des dates de consultations de médecins ne faisant pas partie du groupe de MFNB de mon médecin ainsi que des services qui me sont fournis pendant les consultations en question.

## Partie D – Autres conditions

- 1) Il n'est pas interdit au patient de chercher à obtenir des services médicaux d'un fournisseur de services médicaux autre que le médecin nommé ci-dessus ou d'autres médecins appartenant au groupe de MFNB.
- 2) L'inscription du patient auprès du médecin nommé ci-dessus demeurera en vigueur si le médecin en question devient membre d'un autre groupe de MFNB qui fournit des services dans la même région géographique.
- 3) Le patient peut annuler son inscription auprès du médecin nommé ci-dessus en tout temps en informant le cabinet du médecin ou l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick.
- 4) Le médecin nommé ci-dessus peut annuler l'inscription du patient auprès de lui dans l'un ou l'autre des cas suivants :
  - a) le patient ne respecte pas les engagements énoncés à l'alinéa 2(a) de la partie A du présent formulaire;
  - b) le patient déménage à l'extérieur de la région géographique dans laquelle le groupe de MFNB fournit normalement ses services;
  - c) le patient est admis dans un foyer de soins du Nouveau-Brunswick pour obtenir des soins de longue durée;
  - d) de l'avis du médecin, il appert des circonstances qu'il n'est pas possible de maintenir une relation professionnelle appropriée avec ce patient.
- 5) L'inscription du patient auprès du médecin nommé ci-dessus sera annulée dans l'un ou l'autre des cas suivants :
  - a) le patient s'inscrit auprès d'un autre médecin participant au programme MFNB;
  - b) le médecin n'est plus membre du groupe de MFNB;
  - c) le patient n'est plus couvert par l'Assurance-maladie;
  - d) l'entente conclue entre le ministère de la Santé et la Société médicale du Nouveau-Brunswick au sujet du programme MFNB prend fin.

Pour plus des renseignements, veuillez cliquer [www.mfnb.ca](http://www.mfnb.ca).

