



L'INFORMATEUR

Le bulletin d'information de Saint-Placide

SPÉCIAL JANVIER 2012

NOUVEAU MÉDECIN DE FAMILLE À SAINT-PLACIDE

Un mot adressé à tous les citoyens de Saint-Placide de la part de notre futur médecin:

Je me nomme Julie Lalancette et j'exercerai la médecine de famille dans l'ancien presbytère de la municipalité de Saint-Placide à compter du 19 mars prochain.

Avec l'aide de mes infirmières, nous devrions pouvoir prendre progressivement charge d'environ quatre à cinq cent personnes, car j'ai déjà une grosse clientèle à mon actif. Je souhaite instaurer un nouveau mode de fonctionnement axé sur un accès rapide. Pour la plupart, les rendez-vous seront donnés sur un court laps de temps. Vous devrez adresser une demande en ligne au st.placide.md@gmail.com en indiquant brièvement votre motif de consultation et vos coordonnées téléphoniques. Ma secrétaire vous retournera un courriel pour que vous soyez vus dans des délais appropriés à votre demande. Ce service s'adresse à la population qui a besoin de soins médicaux en fonction de leur vulnérabilité`.

Voici les conditions nécessaires à votre éligibilité :

1. NE PAS AVOIR DE MÉDECIN DE FAMILLE
2. ÊTRE INSCRIT AU GUICHET D'ACCÈS DE NOTRE CSSS (voir pages 3 et 4 du présent bulletin)
3. CORRESPONDRE AUX CRITÈRES SUIVANT :
 1. Toute personne âgée de 70 ans et plus
 2. Enfants 0-5 ans
 3. Personne de tout âge porteuse d'une maladie chronique (hypertension, diabète, maladies cardio-pulmonaires, ect.)
 4. Population en bonne santé

***POUR LA CLIENTÈLE AGÉE, n'ayant pas d'accès internet l'accès téléphonique sera permis à un numéro disponible ultérieurement.

GUICHET D'ACCÈS : Détacher et remplir les feuilles des pages 3 et 4 du présent bulletin et les faire parvenir au CSSS selon les indications.

Ce formulaire est téléchargeable sur le site moncsss.com, à la section accès à un médecin de famille.

Au plaisir de vous rencontrer!

Dr. Julie Lalancette



Aux contribuables de la Municipalité de Saint-Placide

AVIS PUBLIC

EST PAR LES PRÉSENTES DONNÉ par la soussignée,
Lise Lavigne, directrice générale de la Municipalité

Avis est, par les présentes, donné par la soussignée, directrice générale, que le conseil municipal de la Municipalité de Saint-Placide statuera sur une demande de dérogation mineure à un règlement relatif au zonage numéro 184-93 de l'ex-Village de Saint-Placide, ci-après indiqué, et entendra les personnes et organismes qui désirent s'exprimer, lors d'une assemblée spéciale qui se tiendra le 13 février 2012, à 18 heures, à la salle Jean-Paul-Carrières, située au 281, montée Saint-Vincent.

DEMANDE DE DÉROGATION MINEURE

Demande numéro 2012-00002 :

Demande de dérogation mineure au :

Immeuble : lot 4 846 918 du cadastre Québec
(construction projetée au 3000, route 344)

Zone : Commerciale CI-11

Nature : Autoriser l'aménagement de 98 cases de stationnement, au lieu de 137 cases de stationnement, tel qu'exigé à l'article 3.16 « *Nombre de cases de stationnement selon l'usage* », du règlement de zonage 184-93 de l'ex-Village de Saint-Placide.

Effet : Une décision favorable du conseil aurait pour effet de permettre l'aménagement de 98 cases de stationnement au lieu de 137 cases de stationnement tel qu'exigé à l'article 3.16 « *Nombre de cases de stationnement selon l'usage* » du règlement de zonage 184-93 de l'ex-Village de Saint-Placide.

Toute personne intéressée pourra se faire entendre par le conseil municipal lors de l'assemblée spéciale du 13 février 2012 à 18 heures quant à cette demande.

Donné à Saint-Placide, ce 24^e jour du mois de janvier de l'an 2012.

Lise Lavigne
Directrice générale

Fiche d'identification pour clientèle à la recherche d'un médecin de famille

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone (domicile) : _____

Téléphone (travail) : _____ Téléphone (cellulaire) : _____

Sexe : Féminin Masculin Date de naissance : ____/____/____
année / mois / jour

Assurance maladie : ____/____/____ Expiration : ____/____
année / mois

Langues de communication : _____

INFORMATIONS CLINIQUES

Avez-vous un médecin de famille? Oui Non

Si oui, quel est son nom et son lieu de pratique : _____

Si non, avez-vous déjà eu un médecin de famille? Oui Non

Date approximative de la dernière visite : _____

Raison de la perte de votre médecin : _____

Si vous n'avez pas de médecin de famille, consultez-vous une clinique sans rendez-vous?

Oui Non Si oui, à quel endroit? _____

Consultez-vous un médecin en particulier à cette clinique? _____

Vous êtes-vous déjà présenté à l'Hôpital dans les deux dernières années? Si oui, veuillez cocher et expliquer la raison : Oui Non

Une hospitalisation _____

À l'urgence _____

Pour une opération _____

Êtes-vous suivi par des médecins spécialistes actuellement ou l'avez-vous été dans les dernières années?

Oui Non Si oui, lesquels : (Noms et spécialités) : _____

Êtes-vous suivi dans des cliniques spécialisées à l'Hôpital? Oui Non

Si oui, lesquelles : _____

Recevez-vous actuellement des services d'un CLSC? Oui Non

Si oui, lesquels : _____

SOUFFREZ-VOUS D'UNE OU DE PLUSIEURS MALADIES ÉNUMÉRÉES CI-DESSOUS :

Maladies	Non	Oui (préciser le diagnostic et l'année)
Problèmes de santé mentale		
Troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)		
Maladie pulmonaire chronique		
Maladie cardiaque		
AVC avec séquelles		
Cancer		
Diabète		
Toxicomanie ou alcoolisme en cours de sevrage ou dans les cinq dernières années		
VIH / SIDA		
Alzheimer		
Parkinson		
Sclérose en plaques		
Maladie dégénérative du système nerveux central		
Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, lupus, arthrite rhumatoïde et/ou arthrite psoriasique		
Insuffisance rénale chronique		
Fibrillation auriculaire ou autre problème nécessitant la prise de Coumadin à vie		
Autres problèmes de santé		

Veuillez nous faire parvenir votre liste de médicaments fournie par votre pharmacien ainsi que cette fiche dûment complétée par la poste ou par télécopieur :

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
 Hôpital de Saint-Eustache
 Guichet d'accès à un médecin de famille
 520, boulevard Arthur-Sauvé
 Saint-Eustache (Québec) J7R 5B1
Télécopieur : 450 473-9234

- J'autorise le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes à transmettre l'information nécessaire à la prestation des soins et services requis par mon état de santé au médecin qui acceptera de devenir mon médecin famille dans le cadre de mon inscription.**

Signature : _____ **Date :** _____