



Nous joindre

Santé Québec
Centre National Médecins-Québec
 Courriel : cnmq@sante.quebec

Inscription au mécanisme de dépannage

Formulaire pour médecin omnipraticien

- Dépannage exclusif
 Dépannage non exclusif
 Dépannage en cours de formation R3

CONDITIONS :

- Les médecins résidents ou nouvellement diplômés en médecine de famille doivent avoir obtenu leur numéro de pratique et être répertoriés au bottin du Collège des médecins du Québec avant de pouvoir s'inscrire au mécanisme de dépannage.
- Tout médecin qui s'inscrit au mécanisme de dépannage doit attendre la confirmation écrite du Centre national Médecins-Québec (CNMQ) de son inscription avant de commencer sa pratique en dépannage.
- Après 12 mois sans service rendu dans le cadre du mécanisme de dépannage, les médecins inscrits sont retirés de la banque des médecins dépanneurs.

Il revient au médecin dépanneur de s'assurer de détenir une assurance responsabilité (ACPM) avec une couverture qui inclut les secteurs d'activités choisis, ainsi que les certifications pertinentes (ACLS, NRP, AMPRO, et autre) à jour. Les établissements sont responsables de vérifier la conformité de ces éléments au dossier du professionnel avant l'octroi de privilèges ou d'une autorisation temporaire d'exercice (ATE).

SECTIONS DU FORMULAIRE À REMPLIR :

Médecin désirant exercer occasionnellement en dépannage :

- ↳ Remplir les sections 1, 3 et 5.

Médecin désirant exercer exclusivement en dépannage :

- ↳ Remplir les sections 1, 3, 4 et 5.

Médecin déjà inscrit au mécanisme de dépannage désirant devenir dépanneur exclusif :

- ↳ Remplir les sections 1, 3, 4 et 5.

Médecin résident (R3) désirant exercer en dépannage pendant sa formation :

- ↳ Remplir les sections 1, 2, 3 et 5.

1 - IDENTIFICATION

Nom		Prénom		Genre <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse résidentielle					
Adresse professionnelle					
Téléphone (résidence)		Téléphone (cellulaire)		Adresse électronique .med	
Collège des médecins du Québec		N° du permis -		Langues <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

⚠ Avis important

Le formulaire doit obligatoirement être complété en utilisant uniquement les champs prévus à cet effet, incluant les menus déroulants lorsqu'ils sont disponibles.

Aucune inscription manuscrite ne sera acceptée.

Tout formulaire incomplet, comportant des informations manquantes ou ajoutées en dehors des champs prévus, vous sera retourné pour ajustement.

*Prendre note qu'au besoin l'impression de ce document doit être réalisé en Légal 8.5" X 14".

2 – SECTION RÉSERVÉE AUX MÉDECINS EN FORMATION (RÉSIDENTS)

2.1 Résidence

Cette section s'adresse à vous si vous êtes actuellement inscrit à un programme de formation médicale postdoctorale, vous remplissez les conditions décrites à la page 1 et vous désirez exercer comme médecin dépanneur pendant votre résidence.

Nom de l'université

R3 en formation complémentaire

Type de formation complémentaire

2.2 Demande de l'autorisation prévue au paragraphe 3.09 de l'EP sur les PTEM

Demande de l'autorisation prévue au paragraphe 3.09 de l'EP sur les PTEM permettant l'exercice de la médecine en dépannage sans détenir d'avis de conformité au PTEM d'une région.

Date prévue de votre 1er jour de travail à titre de médecin dépanneur :

Date de fin prévue de votre résidence :

N. B. Cette autorisation est valide uniquement pour une pratique en dépannage et vous permettra d'être exempté de l'adhésion à l'EP sur les AMP tant que vous détiendrez le statut de résident.

Attention : À la fin de votre résidence, vous devez obtenir un avis de conformité au PTEM d'une région et adhérer à l'entente sur les AMP, ou demander une dérogation en l'absence de PTEM (dépanneur exclusif).

3 – SECTION À REMPLIR PAR TOUS LES MÉDECINS

3.1 Études

Discipline	Université	Année diplôme
Discipline	Université	Année diplôme
Discipline	Université	Année diplôme

3.2 Expérience professionnelle des trois dernières années (incluant vos stages)

Dans les 3 dernières années, avez-vous exercé en centre hospitalier (incluant vos stages) : Oui Non

En commençant par **votre établissement d'attache actuel**, identifiez-le ou les établissements ainsi que les statuts et privilèges en lien avec ces expériences.

Inscrire **En cours dans la colonne **Période au** si cette expérience est toujours active.*

Période du	Période au	Établissement	Statut Privilège

3.3 Cocher la ou les régions où vous souhaitez faire du dépannage.

Toutes les régions

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 – Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> 07 - Outaouais | <input type="checkbox"/> 12 – Chaudière-Appalaches |
| <input type="checkbox"/> 02 – Saguenay-Lac-Saint-Jean | <input type="checkbox"/> 08 – Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> 15 – Laurentides |
| <input type="checkbox"/> 03 – Capitale-Nationale | <input type="checkbox"/> 09 – Côte-Nord | <input type="checkbox"/> 16 – Montérégie |
| <input type="checkbox"/> 04 – Mauricie-et-Centre-du-Québec | <input type="checkbox"/> 10 – Nord-du-Québec | <input type="checkbox"/> 17 – Nunavik |
| <input type="checkbox"/> 05 – Estrie | <input type="checkbox"/> 11 – Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | <input type="checkbox"/> 18 – Terres-cries-de-la-Baie-James |

3.4 Cochez le ou les secteurs d'activité dans lesquels vous souhaitez faire du dépannage.

Urgence

Courte Durée

Obstétrique

3.5 Information relative aux plans territoriaux d'effectifs médicaux (PTEM).

Sélectionner le choix applicable à votre situation et remplir les champs le cas échéant.

- Je détiens un avis de conformité dans le **RLS** de
soit dans la **région** de _____ et j'y maintiendrai la majorité de ma pratique.
- Je demande une dérogation tenant lieu d'avis de conformité pour pratique exclusive en dépannage, soit à 95% et plus de ma facturation totale. *(Si vous sélectionnez cette option, complétez la section 4)*
- Je suis R3 et je demande l'autorisation prévue au paragraphe 3.09 de l'EP sur les PTEM comme mentionné à la section 2. *(Si vous sélectionnez cette option, complétez la section 2)*

4 – DEMANDE RELATIVE AUX PTEM ET AUX AMP

4.1 Demande d'obtention d'une dérogation tenant lieu d'avis de conformité aux PTEM et adhésion aux activités médicales particulières.

- Je demande d'une dérogation tenant lieu d'avis de conformité en date
du **(indiquer la date prévue du début de votre pratique exclusive en
dépannage)** :

Cette demande s'appuie sur les articles suivants :

L'article 4.01 de l'entente particulière relative au respect des plans régionaux d'effectifs médicaux (E.P.-PREM, maintenant PTEM) et L'article 3.3.2A de l'entente particulière ayant pour objet les activités médicales particulières (E.P.-AMP).

Le Comité paritaire SQ-FMOQ ne reconnaît pas la pratique en dépannage aux fins des activités médicales particulières (AMP) actuellement disponibles. Toutefois, le médecin détenteur d'une dérogation tenant lieu d'avis de conformité pour pratique exclusive en dépannage est réputé être adhérent à l'entente relative aux AMP pendant la période couverte par la dérogation.

▲ Important

La détention d'une dérogation à titre de médecin dépanneur exclusif n'annule pas automatiquement la Déclaration de pratique principale continue dans les territoires désignés auprès de la RAMQ. Selon votre situation, un formulaire additionnel pourrait être requis afin d'éviter une rémunération inadéquate et un risque de non-conformité.

Bénéficiez-vous d'une majoration de votre rémunération dans le cadre de votre pratique principale continue dans les territoires désignés de l'Annexe XII (régions éloignées ou isolées)? Oui Non

5 – ENGAGEMENT ET AUTORISATION

Je désire m'inscrire au mécanisme de dépannage et j'accepte de pourvoir au remplacement temporaire de collègues dans les établissements insuffisamment pourvus en effectifs médicaux, identifiés par le comité paritaire, et de respecter mes engagements. Dans le cas où je ne pourrais accomplir un remplacement déjà fixé, je m'engage à en aviser le milieu concerné et le CNMQ dans les meilleurs délais.

J'autorise également la Régie de l'assurance maladie du Québec, le Collège des médecins du Québec, le Comité paritaire MSSS-FMOQ et le Comité paritaire SQ-FMOQ à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire aux fins de l'administration du mécanisme de dépannage.

Je m'engage à détenir une assurance responsabilité (ACPM) avec une couverture qui inclut les secteurs d'activités choisis, ainsi que les certifications pertinentes (ACLS, NRP, AMPRO et autres le cas échéant) à jour pour ma pratique dans le cadre du mécanisme de dépannage.

Signature

Date