

Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Direction de l'accessibilité aux services médicaux

Centre national Médecins - Québec Téléphone : 418 266-6977
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage Sans frais : 1 800 463-2647
Québec (Québec) G1S 2M1 Télécopieur : 418 266-8974

Note : (1) Inclure une photocopie de votre certificat d'assurance responsabilité.

IDENTIFICATION										
Nom			Prénom				Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin			
Adresse - Professionnelle										
Adresse - Résidentielle										
Ind. rég.	Téléphone (bureau)		Ind. rég.	Téléphone (résidence)		Ind. rég.	Cellulaire		Adresse électronique	
Ind. rég.	Télécopieur		N° du permis d'exercice		N° d'assurance Responsabilité (1)		Année	Code		Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

Après 12 mois sans service rendu dans le cadre du mécanisme de remplacement et de support, votre nom sera retiré de la liste des médecins inscrits.

RÉGION(S) SOUHAITÉE(S)			
<input type="checkbox"/> 01 Bas-Saint-Laurent	<input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 10 Chibougamau	<input type="checkbox"/> 14 Lanaudière
<input type="checkbox"/> 02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	<input type="checkbox"/> 07 Outaouais	<input type="checkbox"/> 11 Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	<input type="checkbox"/> 15 Laurentides
<input type="checkbox"/> 03 Québec	<input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue	<input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie
<input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord	<input type="checkbox"/> 13 Laval	<input type="checkbox"/> Toutes les régions
Secteur d'activité: <input type="checkbox"/> Urgence majeure			

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE RÉGULIÈRE - Dans les 4 dernières années, avez-vous exercé en :	
Centre hospitalier	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non
Spécifiez le ou les établissements : _____	
Spécifiez le ou les secteurs d'activité :	
Urgence :	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non
Courte durée :	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non
Soins intensifs :	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non
Cabinet privé	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non
CLSC	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non
CHSLD	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non

Identifiez le ou les établissement où vous exercez actuellement et le statut que vous y détenez	
Établissement(s)	Statut(s)

NOUVEAU GRADUÉ	
Indiquez le nom de l'université où vous avez complété votre formation.	Spécifiez le nom du directeur de programme

Remplir le formulaire AH 227 « Demande de nomination de médecin, dentiste ou pharmacien en CH » du MSSS ci-joint.

Je désire m'inscrire au mécanisme de remplacement et de support en vertu de la lettre d'entente # 157 et j'accepte d'offrir des services aux établissement aux prises avec des problèmes d'effectifs médicaux et identifiés par le comité.

J'autorise également la Régie de l'assurance maladie du Québec, le Collège des médecins du Québec, les parties négociantes à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire aux fins de l'administration du mécanisme de remplacement et de support.

Signature _____ Date _____

Année Mois Jour