

Mise à jour de l'inscription au mécanisme de remplacement et de support (Lettre d'entente # 157)

Direction générale des services de santé et médecine universitaire
Direction nationale des urgences

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"/> 07 Outaouais	<input type="checkbox"/> 11 Gaspésie - Îles-de-la-Madeleine	<input type="checkbox"/> 16 Montérégie
<input type="checkbox"/> 02 Saguenay - Lac-Saint-Jean	<input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue	<input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/> 17 Nunavik
<input type="checkbox"/> 04 Mauricie et Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord	<input type="checkbox"/> 14 Lanaudière	<input type="checkbox"/> 18 Baie James
<input type="checkbox"/> 05 Estrie	<input type="checkbox"/> 10 Chibougamau	<input type="checkbox"/> 15 Laurentides	<input type="checkbox"/> Toutes les régions
Secteur d'activité : <input type="checkbox"/> Urgence majeure			

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE COMME MÉDECIN REMPLAÇANT – Dans les 2 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
CLSC	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps Type de pratique : _____ <input type="checkbox"/> Non

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	CLSC	CHSLD
<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non Type de pratique : _____	<input type="checkbox"/> Oui _____ % du temps <input type="checkbox"/> Non

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

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 établissements aux prises avec des problématiques 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 et 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