

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Centre national Médecins-Québec
1075, chemin Sainte-Foy, 9^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Téléphone : 418 266-6977
Sans frais : 1 800 463-2647
Courriel : cnmq@msss.gouv.qc.ca

Inscription au mécanisme de dépannage

Formulaire pour médecin omnipraticien

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

I - IDENTIFICATION

Nom		Prénom		<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Adresse professionnelle					
Adresse résidentielle					
Ind. rég.	Téléphone (résidence)	Ind. rég.	Téléphone (cellulaire)	Adresse électronique (obligatoire)	
PERMIS D'EXERCICE	N° du permis	Année	ASSURANCE PROTECTION	Code de travail	LANGUES PARLÉES
Collège des médecins du Québec	1-				<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais

PIÈCE À JOINDRE AVEC CE FORMULAIRE :

- Vous devez **obligatoirement** joindre une copie de votre certificat d'assurance responsabilité (ACPM) émis par votre assureur sur laquelle figure votre code de pratique, ainsi que les dates de mise en vigueur et d'échéance.

Dans le secteur d'activité de l'urgence, vous devez également nous transmettre une copie **valide ou avec preuve de renouvellement** de votre certificat d'ACLS (Soins avancés en réanimation cardio-respiratoire).

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.

L'absence des pièces à joindre et le non-respect des conditions entraineront la suspension de votre inscription jusqu'à ce que celle-ci devienne conforme.

- Après 12 mois sans service rendu dans le cadre du mécanisme de dépannage, les médecins inscrits sont retirés de la banque des médecins dépanneurs.

SECTIONS DU FORMULAIRE À REMPLIR

- Médecin désirant exercer occasionnellement en dépannage :
↳ REMPLIR LES SECTIONS I, II ET IV.
- Médecin désirant exercer exclusivement en dépannage :
↳ REMPLIR LES SECTIONS I, II, IV ET V.
- Médecin déjà inscrit au mécanisme de dépannage désirant devenir dépanneur exclusif :
↳ REMPLIR LES SECTIONS I, II, V.
- Médecin résident (R3) désirant exercer en dépannage pendant sa formation :
↳ REMPLIR LES SECTIONS I, II, III ET IV.

II – 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 et le Comité paritaire MSSS-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.

Signature : _____

Date :

Année	Mois	Jour

III – SECTION RÉSERVÉE AUX MÉDECINS EN FORMATION (RÉSIDENTS)

01 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.

R3 en formation complémentaire

Nom de l'université

Type de formation complémentaire

02 Demande de l'autorisation prévue au paragraphe 3.09 de l'EP sur les PREM

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

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

Année	Mois	Jour

Date de fin prévue de votre résidence :

Année	Mois	Jour

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 PREM d'une région et adhérer à l'entente sur les AMP, ou demander une dérogation en l'absence de PREM (dépanneur exclusif)

IV – SECTION À REMPLIR PAR TOUS LES MÉDECINS

01 Études

		-		
Discipline	Université	Année début	Année fin	Année du diplôme
-				
Discipline	Université	Année début	Année fin	Année du diplôme
-				
Discipline	Université	Année début	Année fin	Année du diplôme

02 Expérience professionnelle des trois dernières années

Dans les 3 dernières années, avez-vous exercé en centre hospitalier : Oui Non

En commençant par votre établissement d'attache actuel, identifiez le ou les établissements où vous avez exercé et le statut que vous y déteniez.

Période	Établissement	Statut	Privilège
Période	Établissement	Statut	Privilège
Période	Établissement	Statut	Privilège

Spécifiez le ou les secteurs d'activité dans le ou lesquels vous avez exercé et détenu des privilèges au cours des 3 dernières années.

Urgence : Oui Non Obstétrique : Oui Non
 Courte durée : Oui Non Anesthésie : Oui Non
 Soins Intensifs Oui Non

03 Cochez la ou les régions où vous souhaitez faire du dépannage

Toutes les régions

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> 05 Estrie | <input type="checkbox"/> 10 Chibougamau | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides |
| <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"/> 16 Montérégie |
| <input type="checkbox"/> 03 Portneuf et Charlevoix | <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 |

04 Cochez le ou les secteurs d'activité dans lesquels vous souhaitez faire du dépannage et votre disponibilité

Secteurs d'activité : Urgence Courte durée Obstétrique Anesthésie

05 Information relative aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM)

1. Je détiens un avis de conformité dans la région de _____ et j'y maintiendrai la majorité de ma pratique.
- OU**
2. 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 V**.

V – DEMANDE D'OBTENTION D'UNE DÉROGATION TENANT LIEU D'AVIS DE CONFORMITÉ AUX PREM

ARTICLE 4.01 DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE RELATIVE AU RESPECT DES PLANS RÉGIONAUX D'EFFECTIFS MÉDICAUX (E.P.-PREM)

ET

ADHÉSION AUX ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES

ARTICLE 3.3.2A DE L'ENTENTE PARTICULIÈRE AYANT POUR OBJET LES ACTIVITÉS MÉDICALES PARTICULIÈRES (E.P.-AMP)

Cette section du formulaire s'adresse à vous si :

1. Vous ne détenez pas le statut de médecin résident (si vous êtes résident, veuillez remplir la section III du formulaire).
2. Vous souhaitez effectuer une pratique exclusive en dépannage, soit à 95 % et plus de votre facturation totale.

01 Votre demande relative aux PREM et aux AMP

Demande d'une dérogation tenant lieu d'avis de conformité en date du :
(Indiquez la date prévue du début de votre pratique exclusive en dépannage)

Année	Mois	Jour		

- Le Comité paritaire MSSS-FMOQ ne **reconnait 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.