

1^{er} engagement Modification d'engagement Changement de région

1. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom		Prénom		Numéro de pratique			
				1	-		
Adresse							
Ville		Province/Pays			Code postal		
Courriel							
Résidence		Bureau		Cellulaire		Téléavertisseur	
Région d'appartenance au PREM							

2. IDENTIFICATION DU CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

CENTRE INTÉGRÉ DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LAVAL				94	4	1	5
Autre CISSS/CIUSSS (s'il y a lieu)				Numéro			
				94			

3. SIGNATURE

J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières à l'article 4.8 : « L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie transmette les données pertinentes à l'application de la présente entente particulière concernant sa rémunération et ses années de pratique au DTMF et au comité paritaire prévu au paragraphe 6.3 des présentes ».

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)	Signature	ANNÉE	MOIS	JOUR

SECTION RÉSERVÉE AU DÉPARTEMENT TERRITORIAL DE MÉDECINE FAMILIALE DE LAVAL

AVIS DE CONFIRMATION D'ADHÉSION

ADHÉSION OU MODIFICATION ACCEPTÉE

Date de réception de la demande	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de la réponse	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de début (adhésion / modification)	ANNÉE	MOIS	JOUR

ADHÉSION OU MODIFICATION REFUSÉE

Date de réception de la demande	ANNÉE	MOIS	JOUR	Date de la réponse	ANNÉE	MOIS	JOUR

FIN D'ADHÉSION

Date de fin d'adhésion	ANNÉE	MOIS	JOUR	Raison

SIGNATURE

Chef du département territorial de médecine familiale	Signature	ANNÉE	MOIS	JOUR

SI MODIFICATION D'AMP (cochez le type d'AMP que vous faites actuellement) :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre de détention | <input type="checkbox"/> Dépendance (toxico) | <input type="checkbox"/> Obstétrique |
| <input type="checkbox"/> Centre jeunesse de Laval | <input type="checkbox"/> Enseignement (GMF-U) | <input type="checkbox"/> Ressources Intermédiaires(RI) |
| <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation | <input type="checkbox"/> Gériatrie (PRAG/UCDG) | <input type="checkbox"/> Santé mentale 1 ^{re} ligne |
| <input type="checkbox"/> CHSLD/Milieu de vie | <input type="checkbox"/> Hospitalisation (courte durée) | <input type="checkbox"/> Santé publique |
| <input type="checkbox"/> Clientèle et autre AMP | <input type="checkbox"/> Hospitalisation (soins intensifs) | <input type="checkbox"/> Soins à domicile/RPA |
| <input type="checkbox"/> Clientèle prise en charge | <input type="checkbox"/> Interruption de grossesse | <input type="checkbox"/> Urgence |
| <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Veillez faire parvenir le formulaire avec les sections 1 à 5 dûment complétées au DTMF de Laval.

Veillez transmettre par courriel à l'adresse ci-dessous toute question concernant la complétion du présent formulaire :
✉ dtmf.ciessleraval@ssss.gouv.qc.ca

4. ENGAGEMENT DU MÉDECIN	CALCUL POUR AMP EXCLUSIVES ÉQUIVALENCE DE 12 H PAR SEMAINE	CALCUL POUR AMP MIXTES ÉQUIVALENCE DE 6 H PAR SEMAINE	LIEU DE DISPENSATION
BLOC 1 (catégorie 1)			
Urgence <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> 16 quarts de 8 h par trimestre	<input type="checkbox"/> 8 quarts de 8 h par trimestre	<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé
BLOC 2 (catégories 2 à 5) – Voir la liste des AMP disponibles pour l'année en cours sur le site Web du DTMF de Laval			
Prise en charge de la clientèle	<input type="checkbox"/> Nombre maximal reconnu 12 h/sem. (500 patients/125/trimestre dont 250 du GAMF) <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre maximal reconnu 6 h/sem. (Obligation 250 patients inscrits du GAMF)	Nom du GMF ou clinique:
Hospitalisation (courte durée) incluant la garde en disponibilité <input type="checkbox"/> Santé physique <i>(non disponible actuellement)</i> <input type="checkbox"/> Santé physique en santé mentale <i>(non disponible actuellement)</i> <input type="checkbox"/> UHMF	<u>Solo</u> <input type="checkbox"/> 4 lits/j pendant 44 sem. <u>Équipe</u> <input type="checkbox"/> 18 lits/j, 1 sem. sur 5 <input type="checkbox"/> Autre _____	<u>Solo</u> <input type="checkbox"/> 2 lits/j pendant 44 sem. <u>Équipe</u> <input type="checkbox"/> 9 lits/j, 1 sem. sur 5 <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé <input type="checkbox"/> Autre établissement :
Soins palliatifs en établissement	<input type="checkbox"/> 10 lits/j, 1 sem. sur 5	<input type="checkbox"/> 5 lits/j, 1 sem. sur 5	<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé <input type="checkbox"/> Autre établissement :
Obstétrique <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> 15 accouchements/trimestre	<input type="checkbox"/> 8 accouchements/trimestre	
Ressources intermédiaires (RI pour personnes âgées) ou Résidences privées pour aînés (RPA)	<input type="checkbox"/> Prise en charge moyenne de 50 lits	<input type="checkbox"/> Prise en charge moyenne de 25 lits	Nom du milieu de vie :
Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou milieu de vie incluant la garde en disponibilité	<input type="checkbox"/> Prise en charge moyenne de 50 lits (rémunération à l'acte) Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Prise en charge moyenne de 25 lits (rémunération à l'acte) Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	Nom du milieu de vie :
Soutien à domicile (SAD) incluant la garde en disponibilité <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> 10 visites par semaine	<input type="checkbox"/> 5 visites par semaine	<input type="checkbox"/> CLSC des Mille-Îles <input type="checkbox"/> CLSC du Marigot <input type="checkbox"/> CLSC du Ruisseau-Papineau <input type="checkbox"/> CLSC Sainte-Rose
Soutien intensif à domicile (SIAD) incluant la garde en disponibilité <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> 1 semaine de garde sur 3, quotas de patients selon les règlements de service	<input type="checkbox"/> 1 semaine de garde sur 6, quotas de patients selon les règlements de service	
Centre de réadaptation incluant la garde en disponibilité	<u>Avec garde</u> <input type="checkbox"/> 20 lits/semaine <input type="checkbox"/> Autre _____	<u>Avec garde</u> <input type="checkbox"/> 10 lits/semaine <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Hôpital juif de réadaptation <input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles du spectre de l'autisme <i>(non disponible actuellement)</i> <input type="checkbox"/> Autre _____
Garde en disponibilité uniquement	1,75 h AMP/8 heures de garde		
BLOC 3 (Catégorie 6) – Voir la liste des AMP disponibles pour l'année en cours sur le site Web du DTMF de Laval			
Centre de détention <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Établissement Leclerc <input type="checkbox"/> Centre fédéral de formation <input type="checkbox"/> Centre de surveillance de l'immigration
Centre jeunesse <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Centre jeunesse de Laval <input type="checkbox"/> Autre :
Clinique des réfugiés <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> CLSC du Ruisseau-Papineau
Dépendance <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Centre de réadaptation en dépendance de Laval <input type="checkbox"/> Autre :
Enseignement (GMF-U) <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> GMF-U Laval <input type="checkbox"/> GMF-U Marigot
Gériatrie <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> PRAG / UCDG
Interruption volontaire de grossesse (IVG) <i>(non disponible actuellement)</i>	(Maximum 6 heures accordées) <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	Maximum 6 heures accordées <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	
Santé mentale 1^{re} ligne	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> CLSC des Mille-Îles <input type="checkbox"/> CLSC du Marigot <input type="checkbox"/> CLSC du Ruisseau-Papineau <input type="checkbox"/> CLSC Sainte-Rose <input type="checkbox"/> Autre : _____
Santé publique <i>(non disponible actuellement)</i>	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	
5. SIGNATURES			
Responsable GMF ou clinique – Obligatoire s'il y a lieu		Signature	ANNÉE MOIS JOUR
Nom de la clinique ou du GMF :			
Chef de service clinique – Obligatoire		Signature	ANNÉE MOIS JOUR
Chef de département clinique – Facultatif		Signature	ANNÉE MOIS JOUR
Établissement			