

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

1. IDENTIFICATION DU MÉDECIN

Nom		Prénom		Numéro de pratique			
				-			
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 DRMG 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 RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE 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 régional de médecine générale		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 : | | |

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

Pour toute question relativement à la complétion du présent formulaire, veuillez communiquer avec :

Madame Sylvie Morin
 ☎ 450 978-2121, poste 32018
 ✉ drmg.ciSSLaval@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	<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 DRMG 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)	<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	<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 _____ Nombre d'heures/sem. _____	<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 _____ Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Hôpital de la Cité-de-la-Santé <input type="checkbox"/> Autre établissement :
Obstétrique	<input type="checkbox"/> 15 accouchements/trimestre	<input type="checkbox"/> 8 accouchements/trimestre	
Ressources intermédiaires (RI) pour personnes âgées	<input type="checkbox"/> Rémunération à l'acte - Moyenne 50 lits/sem. Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Rémunération à l'acte - Moyenne 25 lits/sem. Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	Nom de la RI :
Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) ou milieu de vie incluant la garde en disponibilité	<input type="checkbox"/> Rémunération à l'acte - Moyenne 50 lits/sem. Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Rémunération à l'acte - Moyenne 25 lits/sem. Tarif horaire <input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____ <input type="checkbox"/> Autre _____	Nom du milieu de vie :
Soutien à domicile (SAD) en CLSC, soutien intensif à domicile (SIAD) ou résidences privées pour aînés (RPA) de niveau 3 et 4 et	<input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> SIAD <input type="checkbox"/> 10 visites/sem. pendant 44 sem. RPA (niveau 3 et 4) <input type="checkbox"/> Prise en charge de 50 lits	<input type="checkbox"/> SAD <input type="checkbox"/> SIAD <input type="checkbox"/> 5 visites/sem. pendant 44 sem. RPA (niveau 3 et 4) <input type="checkbox"/> Prise en charge de 25 lits	<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"/> Nom de la RPA :
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 <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 DRMG de Laval

Centre de détention	<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	<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	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> CLSC du Ruisseau-Papineau
Dépendance	<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)	<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	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> Nombre d'heures/sem. _____	<input type="checkbox"/> PRAG / UCDG
Interruption volontaire de grossesse (IVG)	(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	<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 département clinique – Obligatoire	Signature	ANNÉE MOIS JOUR
Chef de service clinique – Facultatif	Signature	ANNÉE MOIS JOUR
Établissement		