

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA FORMATION POSTDOCTORALE

Code de travail 12 ou 14

Veuillez remplir ce questionnaire si vous êtes :

- un membre désirant changer son code de travail pour le code 12 ou 14
- un résident inscrit à un programme de formation postdoctorale
- un moniteur clinique (fellow) ou médecin suivant un programme structuré de formation affilié à une université.
- un médecin diplômé à l'extérieur du Canada inscrit à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Nom :

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME PRÉNOM)

(NOM DE FAMILLE)

Numéro d'adhésion :

(LE CAS ÉCHÉANT)

Adresse :

(APP./BUREAU, NUMÉRO CIVIQUE, NOM ET TYPE DE RUE)

(VILLE)

(PROVINCE/TERRITOIRE)

(CODE POSTAL)

(PAYS)

Téléphone :

(DOMICILE)

(TRAVAIL)

(POSTE)

(CELLULAIRE)

Télécopieur :**Courriel :****Sous quel code de travail désirez-vous vous inscrire?**

- Code de travail 12** Résidents et moniteurs cliniques (*fellows*) – aucun travail clinique additionnel (*moonlighting*)*
- Code de travail 14** Résidents – avec travail clinique additionnel (*moonlighting*)/permis d'exercice restreint *

**Travail clinique additionnel (moonlighting): exercice de la médecine hors-programme par des résidents inscrits à un programme de formation postdoctorale, menant à la certification auprès du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou d'un organisme provincial ou territorial de réglementation de la médecine (Collège).*

ADHÉSION À L'ACPM ET PRINCIPE DE MUTUALITÉ

L'adhésion à l'ACPM est fondée sur le principe de la mutualité. L'Association offre à ses membres – résidents, moniteurs cliniques et médecins – une protection en matière de responsabilité médicale, des conseils, ainsi que des ressources pour les aider à gérer leurs risques médico-légaux dans le cadre de la pratique clinique. Il est attendu qu'en retour les médecins exercent de façon respectueuse de l'éthique et des valeurs de l'Association (l'organisation à caractère mutuel), conformément à son Règlement.



1. Êtes-vous:

- un **résident** inscrit à un programme de formation postdoctorale menant à la certification auprès du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou d'un organisme provincial ou territorial de réglementation de la médecine (Collège)?
- un **moniteur clinique (fellow)** ou **médecin** suivant un programme structuré de formation affilié à une université?
- un **médecin diplômé à l'extérieur du Canada** inscrit à un programme visant l'obtention du permis d'exercice régulier?

2. Veuillez indiquer ce qui suit:

a) Le nom de l'université, de la faculté de médecine ou de l'organisme de réglementation (Collège) : _____

b) La discipline dans laquelle vous suivrez une formation : _____

c) Le titre exact de votre programme de formation ou d'évaluation : _____

d) Date de début du programme : _____ Date de fin du programme : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

e) L'année de formation que vous entreprendrez au Canada : _____

3. Au cours de cette année d'adhésion, prévoyez-vous exercer la médecine à titre indépendant en dehors de votre programme de formation (*moonlighting*), que cette activité soit rémunérée ou non? (Les quarts de travail supplémentaires effectués à titre de résident relèvent du code de travail 12.)

Oui Non

Les résidents et moniteurs cliniques effectuant du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent détenir un permis d'exercice ou une inscription acceptable auprès de l'organisme de réglementation (Collège) dans la province ou le territoire où le travail clinique additionnel s'effectuera.

Les moniteurs cliniques (fellows) effectuant du travail clinique additionnel (moonlighting) doivent consulter le Barème des cotisations (voir le site web de l'ACPM au www.cmpa-acpm.ca) pour ajouter le code de travail approprié à leur profil d'adhésion.

4. Avez-vous déjà passé ou devez-vous passer un examen de certification dans une **spécialité** à la fin de votre programme?

Oui Non

5. Avez-vous déjà passé ou devez-vous passer un examen de certification dans une **surspécialité**.

Oui Non

6. Veuillez énumérer les certificats ou titres professionnels que vous détenez ainsi que les dates d'obtention :

Certificat ou titre professionnel : _____ Date : _____ Pays : _____
(AAAA/MM/JJ)

Certificat ou titre professionnel : _____ Date : _____ Pays : _____
(AAAA/MM/JJ)

7. Veuillez fournir les renseignements suivants concernant votre permis ou inscription au registre :

Vous devez détenir un permis d'exercice ou un permis en règle ou être inscrit auprès de l'organisme de réglementation (Collège) de la province ou du territoire pour être admissible à l'assistance de l'ACPM.

Province ou territoire de formation :

Vous êtes (serez) inscrit dans la province ou le territoire : _____

N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____ À partir du : _____ Jusqu'au : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

Catégorie de permis : Permis d'exercice régulier Permis pédagogique Carte de stage
Permis restrictif Autres _____

La ou les provinces ou le ou les territoires du travail clinique additionnel (moonlighting) :

a. Vous êtes (serez) inscrit dans la province ou le territoire : _____

N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____ À partir du : _____ Jusqu'au : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

Catégorie de permis : Permis d'exercice régulier Permis pédagogique Carte de stage Permis restrictif
 Autres _____

b. Vous êtes (serez) inscrit dans la province ou le territoire : _____

N° du permis d'exercice ou d'inscription : _____ À partir du : _____ Jusqu'au : _____
(AAAA/MM/JJ) (AAAA/MM/JJ)

Catégorie de permis : Permis d'exercice régulier Permis pédagogique Carte de stage
 Permis restrictif Autres _____

IMPORTANT : En remplissant et en signant ce questionnaire, vous consentez à ce que l'ACPM confirme les renseignements relatifs à votre adhésion auprès des établissements de formation médicale postdoctorale ou des hôpitaux d'enseignement qui le demandent afin de faciliter votre inscription à un programme de formation postdoctorale. Vous reconnaissez que l'ACPM peut vérifier tout renseignement fourni dans ce questionnaire, et que votre signature ci-dessous l'y autorise.

Signature : _____ Date : _____
(AAAA/MM/JJ)

Veuillez nous faire parvenir le formulaire dûment rempli par télécopieur, par la poste ou par l'entremise du portail des membres de l'ACPM (vous aurez besoin de votre numéro d'adhésion et de votre mot de passe).

