

**AVERTISSEMENT :** Veuillez télécharger ce formulaire et le sauvegarder dans votre appareil avant de le remplir dans Acrobat Reader. Si vous le remplissez directement dans votre navigateur web, vous risquez de perdre des données.

## 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 (*fellows*) 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*)\*  
– comprend les stages facultatifs partout au Canada
- Code de travail 14** Résidents et moniteurs cliniques (*fellows*) – avec travail clinique additionnel (*moonlighting*)/permis d'exercice restreint \*  
– comprend les stages facultatifs partout au Canada

*\*Travail clinique additionnel (moonlighting) : exercice de la médecine (hors-programme) par des résidents et des moniteurs cliniques (fellows) inscrits à temps complet à un programme de formation postdoctorale.*

### 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 (*fellows*) 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. Veuillez remplir la section suivante si vous êtes médecin diplômé à l'extérieur du Canada inscrit à un programme d'évaluation.

a) Êtes-vous inscrit à un programme d'évaluation en vue d'obtenir un permis d'exercice à titre indépendant?

Oui  Non

b) Comptez-vous voir des patients à titre indépendant?

Oui  Non

c) Prévoyez-vous facturer vos services à titre indépendant?

Oui  Non

4. 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 (fellows) qui effectuent du travail clinique supplémentaire (moonlighting) doivent détenir un permis d'exercice ou une inscription acceptable auprès de l'organisme de réglementation (Collège) de la province ou du territoire où sera effectué ce travail.***

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

Oui  Non

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

Oui  Non

7. 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)

8. 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)

**Veillez 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).**

