

**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 AU CODE 31

Adjointes cliniques en médecine, hospitalistes, médecins affiliés à un hôpital ou médecins d'établissements affiliés à un service de médecine ou de chirurgie.

**Ce questionnaire est destiné aux membres qui s'inscrivent sous le code 31. Pour que nous déterminions votre admissibilité au code 31, vous devez nous fournir les renseignements suivants.**

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

**Nom :**

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME PRÉNOM)

(NOM DE FAMILLE)

**Numéro d'adhésion :**

**Date de début du travail :**

(AAAA/MM/JJ)

1. Nom de l'hôpital où vous travaillez :

Service :

2. Si vous continuez de participer à un programme d'évaluation clinique, veuillez indiquer le nom du programme :

Date de début du programme :

(AAAA/MM/JJ)

Date de fin du programme :

(AAAA/MM/JJ)

3. Quelles interventions médicales pratiquez-vous? (Veuillez énumérer toutes vos activités cliniques).

4. Effectuez-vous des quarts de travail au Service d'urgence? **Oui**  **Non**

5. En tant que spécialiste, acceptez-vous des appels ou des demandes de consultation d'un service spécialisé?

**Oui**  **Non**

## ADHÉSION À L'ACPM ET PRINCIPE DE MUTUALITÉ

L'ACPM offre à ses membres une protection en matière de responsabilité médicale; 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.



6. Veuillez indiquer vos qualifications :

Canadiennes ou étrangères : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

7. Comptez-vous travailler dans une unité de soins intensifs, une unité de soins intensifs néonataux, une unité de soins coronariens ou une unité de soins critiques? **Oui**  **Non**

Dans l'affirmative, quel sera votre rôle?

\_\_\_\_\_

8. Veuillez indiquer tout autre travail que vous effectuerez, le cas échéant.

9. Avez-vous une pratique en médecine familiale? Dans l'affirmative, veuillez fournir tous les détails pertinents.

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).**

