

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX CODES 31 ET 32

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'incrivent sous le code 31 ou 32. Pour que nous déterminions votre admissibilité au code 31 ou 32, 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).

