

## QUESTIONNAIRE RELATIF AU CODE DE TRAVAIL 8

Si un membre effectue du travail humanitaire, de l'enseignement ou de la recherche à l'étranger

VEUILLEZ ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

**Nom :**

(PRÉNOM)

(DEUXIÈME PRÉNOM)

(NOM DE FAMILLE)

**Numéro d'adhésion :**

1. Ferez-vous du travail humanitaire, de l'enseignement ou de la recherche à l'étranger? Cochez toutes les options qui s'appliquent.

Travail humanitaire  Enseignement  Recherche

**NOTA : Si vous effectuez de l'enseignement ou de la recherche à l'étranger, veuillez fournir une copie de l'invitation de l'établissement médical, l'établissement d'enseignement (université) ou l'organisme humanitaire. Si possible, fournir une copie du programme confirmant votre participation.**

2. Comment effectuerez-vous le travail humanitaire? Ne cochez qu'une seule case.

Je serai sur place  Je prodiguerai des soins au moyen de technologies de télésanté.

3. Nom de l'organisme qui subventionnera votre travail humanitaire :

4. Nom de la ville, du pays, de l'hôpital ou de l'établissement d'enseignement où vous travaillerez :

Ville :

Pays :

Hôpital, établissement ou université :

5. Quelle est la durée de votre travail à l'étranger?

Date du début :

(AAAA/MM/JJ)

Date de la fin :

(AAAA/MM/JJ)

6. Décrivez la nature des activités cliniques ou d'enseignement que vous effectuerez à l'étranger :

---

---

---

---

### 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.

7. Donnez une brève description du genre de patients que vous traiterez. Est-ce que ce sont des personnes défavorisées ou insuffisamment desservies?

---

---

---

---

**CETTE SECTION NE DOIT ÊTRE REMPLIE QUE PAR LES RÉSIDENTS ET LES MONITEURS CLINIQUES**

8. Expliquez comment votre travail humanitaire à l'étranger peut être lié à votre programme de résidence ou de monitorat clinique :

---

---

---

---

9. Nom du médecin superviseur ou du professeur qui vous accompagne :

---

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).**

