

Profil du médecin

Nom: _____ Année de naissance _____

Sexe M F Courriel: _____ **OBLIGATOIRE

Adresse de votre pratique : _____

Adresse de correspondance: _____
(si différente) _____

Tél (bureau): _____ Tél (cellulaire ou maison): _____

Diplôme de médecine de l'Université _____ Année _____

Année de stage/résidence terminée _____ Domaine/S spécialité: _____

Êtes-vous en congé médical / maternité / sabbatique? _____ Date de retour prévue: _____

Prévoyez-vous prendre votre retraite dans les 12 prochains mois? ____ Date prévue: _____

Veuillez décrire votre pratique (domaine de pratique; temps plein ou partiel; nombre d'heures / semaine):

Depuis combien d'années travaillez-vous dans votre cabinet actuel? _____

Langue de correspondance: F A Langue des dossiers de patients: F A

Vos dossiers de patients sont: Papier DME Nom du programme DME: _____

Votre pratique est principalement: Bureau En milieu hospitalier

Faites-vous parti d'un groupe ou pratiquez-vous seul? Groupe Seul

(Une pratique de groupe est une pratique dans laquelle il y a deux médecins ou plus qui partagent des installations, du personnel de soutien ou d'autres ressources)

Si vous pratiquez en groupe, veuillez décrire brièvement comment les ressources (personnel ou matériel) sont partagées afin de prodiguer des soins aux patients :

Avez-vous des résidents ou étudiants en médecine dans votre pratique? : _____

Si oui, à quelle fréquence et pour combien de temps?

Combien de patients ou cas prenez-vous en charge au cours d'une semaine moyenne?

_____ pour _____ heures de travail

Offrez-vous des soins aux patients hospitalisés? _____

Si oui, veuillez décrire les dispositions pour leurs soins (c.-à-d. programme hospitalier ou calendrier des appels)

Nombre de crédits de développement professionnel continu déclarés dans la dernière année à votre collège (CMFC, CRMCC): _____

Avez-vous été évalué au cours des cinq dernières années pour obtenir un permis d'exercice, une certification ou d'autres raisons (c.-à-d. Licence médicale complète au Canada, certification par le Collège royal ou le Collège des médecins de famille) ?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails, y compris la date:

* Ma signature électronique Date: _____

**en placant un crochet dans le boîte "ma signature électronique, vous vérifiez que les informations fournies sur ce questionnaire sont correctes, vraies et exactes.*

Merci de votre collaboration!