

## Grille synthèse du candidat au PREM 2019 pour les nouveaux facturants

1- IDENTIFICATION DU CANDIDAT		
Nom usuel		Prénom
No Permis (CMQ ou Résident)	Statut CMQ <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Restrictif	Adresse courriel (Obligatoire)*

\*Cette adresse sera exclusivement utilisée pour :

- 1) la réponse à votre demande
- 2) les communications officielles en provenance du DRMG de la Montérégie

**Sections 2 et 3 : complétez sur une feuille en annexe si l'espace manque**

2- CURRICULUM VITAE			
<b>ÉTUDES</b>			
Discipline	Université	Année d'obtention	
Discipline	Université	Année d'obtention	
Discipline	Université	Année d'obtention	
<b>RÉSIDENCE (obligatoire pour les nouveaux facturants)</b>			
Discipline / Activité	Établissement / Université / Autre	Période	
Formation complémentaire	Établissement / Université / Autre	Période	
<b>3- RÉFÉRENCES ACADÉMIQUES*</b>			
Nom	Prénom	Adresse courriel	Téléphone
Nom	Prénom	Adresse courriel	Téléphone
Nom	Prénom	Adresse courriel	Téléphone

\*Veuillez consulter les directives et notes explicatives à la fin du document pour cette section

**Veillez consulter les directives et notes explicatives**

**à la fin du document pour compléter cette section.**

**4- PROFIL DE PRATIQUE SOUHAITÉ PAR RLS**

**Choix numéro 1 de sous-région**

Réseau local de services (RLS)

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

Activités désirées 1 <sup>ère</sup> ligne :	<input type="checkbox"/> Prise en charge	Objectifs souhaités d'inscriptions pour la 1 <sup>ère</sup> année :
	<input type="checkbox"/> GMF-R (activités auprès clientèle non inscrite)	<input type="checkbox"/> 250 patients <input type="checkbox"/> 500 patients

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Activités en établissement**

Activités désirées:	Veillez indiquer vos choix si désirés parmi la liste suivante (vous pouvez sélectionner plusieurs activités) :		Pourcentage de pratique souhaité
	<input type="checkbox"/> Urgence		
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Courte durée			
<input type="checkbox"/> CHSLD / Réadaptation			
<input type="checkbox"/> Obstétrique			
<input type="checkbox"/> SAD et soins palliatifs			
<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :			

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Choix numéro 2 de sous-région**

Réseau local de services (RLS)

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

Activités désirées 1 <sup>ère</sup> ligne :	<input type="checkbox"/> Prise en charge	Objectifs souhaités d'inscriptions pour la 1 <sup>ère</sup> année :
	<input type="checkbox"/> GMF-R (activités auprès clientèle non inscrite)	<input type="checkbox"/> 250 patients <input type="checkbox"/> 500 patients

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Activités en établissement**

Activités désirées:	Veillez indiquer vos choix si désirés parmi la liste suivante (vous pouvez sélectionner plusieurs activités) :		Pourcentage de pratique souhaité
	<input type="checkbox"/> Urgence		
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Courte durée			
<input type="checkbox"/> CHSLD / Réadaptation			
<input type="checkbox"/> Obstétrique			
<input type="checkbox"/> SAD et soins palliatifs			
<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :			

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Choix numéro 3 de sous-région**

Réseau local de services (RLS)

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

Activités désirées 1 <sup>ère</sup> ligne :	<input type="checkbox"/> Prise en charge	Objectifs souhaités d'inscriptions pour la 1 <sup>ère</sup> année :
	<input type="checkbox"/> GMF-R (activités auprès clientèle non inscrite)	<input type="checkbox"/> 250 patients <input type="checkbox"/> 500 patients

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Activités en établissement**

Activités désirées:	Veillez indiquer vos choix si désirés parmi la liste suivante (vous pouvez sélectionner plusieurs activités) :		Pourcentage de pratique souhaité
	<input type="checkbox"/> Urgence		
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Courte durée			
<input type="checkbox"/> CHSLD / Réadaptation			
<input type="checkbox"/> Obstétrique			
<input type="checkbox"/> SAD et soins palliatifs			
<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :			

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Choix numéro 4 de sous-région**

Réseau local de services (RLS)

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

Activités désirées 1 <sup>ère</sup> ligne :	<input type="checkbox"/> Prise en charge	Objectifs souhaités d'inscriptions pour la 1 <sup>ère</sup> année :
	<input type="checkbox"/> GMF-R (activités auprès clientèle non inscrite)	<input type="checkbox"/> 250 patients <input type="checkbox"/> 500 patients

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Activités en établissement**

Activités désirées:	Veillez indiquer vos choix si désirés parmi la liste suivante (vous pouvez sélectionner plusieurs activités) :		Pourcentage de pratique souhaité
	<input type="checkbox"/> Urgence		
<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Courte durée			
<input type="checkbox"/> CHSLD / Réadaptation			
<input type="checkbox"/> Obstétrique			
<input type="checkbox"/> SAD et soins palliatifs			
<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :			

Avez-vous visité des milieux?       Oui      Si oui, lesquels? **Veillez remplir l'annexe à cet effet.**  
 Non

**Choix numéro 5 : Tous les RLS de la Montérégie****Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

Activités désirées 1 <sup>ère</sup> ligne :	<input type="checkbox"/> Prise en charge	Objectifs souhaités d'inscriptions pour la 1 <sup>ère</sup> année : <input type="checkbox"/> 250 patients <input type="checkbox"/> 500 patients
	<input type="checkbox"/> GMF-R (activités auprès clientèle non inscrite)	

**Activités en établissement**

Activités désirées:	Veuillez indiquer vos choix si désirés parmi la liste suivante (vous pouvez sélectionner plusieurs activités) :	Pourcentage de pratique souhaité
		<input type="checkbox"/> Urgence
	<input type="checkbox"/> Hospitalisation / Courte durée	
	<input type="checkbox"/> CHSLD / Réadaptation	
	<input type="checkbox"/> Obstétrique	
	<input type="checkbox"/> SAD et soins palliatifs	
	<input type="checkbox"/> Autres, spécifiez :	

**AUTORISATION À LA DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS**

J'autorise les personnes responsables de l'étude de ma demande à obtenir les renseignements requis de tout établissement, cabinet, clinique ou médecin, cité par moi dans la présente demande, sous réserve du respect de leur caractère confidentiel. Cette autorisation est valable pour la durée de l'étude de ma demande, selon l'Entente particulière sur les PREM (MSSS-FMOQ).

Nom

Signature

Date

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Annexe des milieux visités**  
**(pas de commentaires complémentaires s.v.p.)**

<b>Choix numéro 1 de sous-région</b>	
<b>Activités 1<sup>ère</sup> ligne</b>	
<b><u>Nom du lieu visité</u></b>	<b><u>Nom de la personne-contact</u></b>
<b>Activités en établissement</b>	
<b><u>Nom du lieu visité</u></b>	<b><u>Nom de la personne-contact</u></b>

**Choix numéro 2 de sous-région**

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

<u>Nom du lieu visité</u>	<u>Nom de la personne-contact</u>

**Activités en établissement**

<u>Nom du lieu visité</u>	<u>Nom de la personne-contact</u>



**Choix numéro 3 de sous-région**

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

<u>Nom du lieu visité</u>	<u>Nom de la personne-contact</u>

**Activités en établissement**

<u>Nom du lieu visité</u>	<u>Nom de la personne-contact</u>

**Choix numéro 4 de sous-région**

**Activités 1<sup>ère</sup> ligne**

<u>Nom du lieu visité</u>	<u>Nom de la personne-contact</u>

**Activités en établissement**

<u>Nom du lieu visité</u>	<u>Nom de la personne-contact</u>

## Directives et notes explicatives

### Section 3

Si possible joindre à votre envoi une lettre d'appui par référence académique et tenir compte des indications sur le site du DRMG, à la section «Parcours nouveaux facturants» :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/affaires-medicales-professionnelles/medecine-generale-drmg/coffre/parcoursnf.fr.html>

**IMPORTANT** : Les lettres de recommandation venant des milieux de formation doivent nous être acheminées directement par le candidat avec sa demande d'avis de conformité au PREM. Aucune lettre directement acheminée par les différents milieux de formation ne sera archivée.

### Section 4

Nous vous offrons la possibilité d'indiquer jusqu'à 4 choix de RLS. Vous devrez les présenter par ordre décroissant d'intérêt (choix 1 étant votre RLS avec l'intérêt le plus élevé, choix 4 étant votre RLS avec le moins d'intérêt).

Pour chaque choix, vous devrez :

- cocher les activités médicales que vous souhaitez faire en 1<sup>ère</sup> ligne **et/ou** en établissement
  - si vous avez répondu «Oui» à la question suivant chaque type d'activité, indiquez dans l'annexe les milieux visités ainsi que les personnes-contact

### Choix numéro 5 :

Dans le cas où vous indiquez **dans votre avis de conformité à la partie 2** «*Dans l'éventualité où mes préférences ne seraient pas retenues, je souhaite être orienté vers un autre sous-territoire de la région.*», veuillez remplir le choix numéro 5.