

1- Renseignements sur le professionnel

NUMÉRO 1-99-999-0	NOM WELBY	PRÉNOM M
Type d'avis de service	<input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{er} avis de service	<input type="checkbox"/> Renouvellement
Type de nomination	<input checked="" type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Garde <input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (entente générale, paragr. 11.02) ①

2- Établissement

NOM HOPITAL CHARLES-LEMOYNE	VILLE G. PARK	NUMÉRO 00953
--------------------------------	------------------	-----------------

3- Situation d'entente

Le professionnel est nommé en vertu du texte suivant (cocher une seule situation d'entente)

ANNEXE XXII Inscrire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage) et cocher obligatoirement un régime

Secteurs de pratique

Régime A
 Régime B

ANNEXE XXIII Inscrire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)

SANTÉ PUBLIQUE

Secteurs de pratique

ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC

Rémunération à l'acte (paragr. 3.02) Tous les jours Samedi, dimanche et jour férié

ENTENTE PARTICULIÈRE - MÉDECIN ENSEIGNANT

Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07) Chef de l'UMF (paragr. 8) Assistant du chef de l'UMF (paragr. 8) Malades admis - UMF (paragr. 3.02)

AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE

Titre abrégé (s'il s'agit de la santé publique ②)

Privilège à l'acte
 IVG (acte)

ACCORD OU LETTRE D'ENTENTE

Numéro et titre abrégé

Lettre d'entente n° 154

ENTENTE GÉNÉRALE

Paragr. 17.01, 2^e alinéa du 1^{er} sous-paragr. (médecine du travail) ②

CONTRAT COMPLÉMENTAIRE (entente générale, paragr. 10.13 A)

4- Conditions d'exercice et de rémunération

Mode de rémunération	<input type="checkbox"/> HONORAIRES FIXES	Durée de validité	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
	<input checked="" type="checkbox"/> MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.12)			2015	07	01		2015	12	31

Le médecin est-il tenu d'effectuer de la garde sur place?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si NON, préciser la période d'exemption	DU	ANNÉE	MOIS	JOUR	AU	ANNÉE	MOIS	JOUR
---	--	---	----	-------	------	------	----	-------	------	------

Nombre d'heures hebdomadaires	S'il y a lieu, heures en santé publique ②	HEURES	CENTIÈMES	heures en santé et sécurité du travail ②	HEURES	CENTIÈMES	<input type="checkbox"/> Dépassement du nombre maximal d'heures au tarif horaire (entente générale, paragr. 15.01)
<input checked="" type="checkbox"/> Plein temps		35	00				
<input type="checkbox"/> Demi-temps		17	5				

5- Rémunération majorée en région désignée

NOMINATION EN CENTRE HOSPITALIER	<input type="checkbox"/> MEMBRE ACTIF <input type="checkbox"/> SPÉCIFIQUE AVEC PRIVILÈGES EN	Si privilèges exclusifs en obstétrique, joindre la recommandation du CMDP (annexe XII, paragr. 1.3)
NOMINATION EN CLSC DU RÉSEAU DE GARDE	PARTICIPATION À LA GARDE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

6- Autorisations

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR
<input type="checkbox"/> ① DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement pour une autorisation en cas d'urgence - paragr. 11.02)	<input type="checkbox"/> ② DIRECTEUR GÉNÉRAL OU RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ou DIRECTEUR DE L'INSPQ (si le professionnel de la santé agit dans le cadre d'un programme dirigé ou coordonné par ce directeur)			
NOM (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNÉE	MOIS	JOUR

AVIS DE SERVICE - MÉDECIN OMNIPRATICIEN
 Tarif horaire, per diem, vacation, acte et rémunération mixte

1- Renseignements sur le professionnel

NUMÉRO 1-99-999-0	NOM WELBY	PRÉNOM M
Type d'avis de service	<input checked="" type="checkbox"/> 1 ^{er} avis de service	<input type="checkbox"/> Renouvellement
Type de nomination	<input checked="" type="checkbox"/> Régulier	<input type="checkbox"/> Garde
<input type="checkbox"/> Autorisation en cas d'urgence (entente générale, paragr. 11.02) ①		

2- Établissement

NOM HOPITAL CHARLES-LEMOYNE	VILLE G-PARK	NUMÉRO 00953
--------------------------------	-----------------	-----------------

3- Situation d'entente

Le professionnel est nommé en vertu du texte suivant (cocher une seule situation d'entente)

ANNEXE XXII Inscire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)

Secteurs de pratique

ANNEXE XXIII Inscire le ou les secteurs de pratique (voir encadré du guide de remplissage)

SANTÉ PUBLIQUE

Secteurs de pratique

ENTENTE PARTICULIÈRE EN CLSC

Rémunération à l'acte (paragr. 3.02) Tous les jours Samedi, dimanche et jour férié

ENTENTE PARTICULIÈRE - GARDE EN DISPONIBILITÉ

<input type="checkbox"/> Annexe I (CSSS, CHSLD, GR)	<input type="checkbox"/> Annexe II (CLSC du réseau de garde)
<input type="checkbox"/> Annexe III (CHSGS, CHSP)	<input type="checkbox"/> Annexe IV (Victimes d'agression sexuelle)
<input type="checkbox"/> Malades admis	<input type="checkbox"/> Garde régionale
<input type="checkbox"/> Obstétrique	<input type="checkbox"/> Garde sous-régionale

ENTENTE PARTICULIÈRE - MÉDECIN ENSEIGNANT

Sans rendez-vous (acte) (paragr. 4.07) Chef de l'UMF (paragr. 8) Assistant du chef de l'UMF (paragr. 8) Malades admis - UMF (paragr. 3.02)

AUTRE ENTENTE PARTICULIÈRE

Titre abrégé (s'il s'agit de la santé publique ②)

Privilège à l'acte
 IVG (acte)

ACCORD OU LETTRE D'ENTENTE

Numéro et titre abrégé

Lettre d'entente n° 154

ENTENTE GÉNÉRALE

Paragr. 17.01, 2^e alinéa du 1^{er} sous-paragr. (médecine du travail) ②

4- Conditions d'exercice et de rémunération

Mode de rémunération	Durée de validité
<input type="checkbox"/> TARIF HORAIRE <input type="checkbox"/> PER DIEM <input type="checkbox"/> VACATION <input type="checkbox"/> ACTE <input checked="" type="checkbox"/> MIXTE (annexe XXIII paragr. 2.03)	DU ANNEE MOIS JOUR AU ANNEE MOIS JOUR 2015 07 01 2015 12 31
Nombre d'heures hebdomadaires	Dépassement du nombre maximal d'heures (annexe XIV, section I, paragr. 5.10)
Au tarif horaire	<input type="checkbox"/>
HEURES CENTIÈMES	HEURES CENTIÈMES
Heures en santé publique, s'il y a lieu ②	Heures en santé et sécurité du travail ②

5- Rémunération majorée en région désignée

NOMINATION EN CENTRE HOSPITALIER	<input type="checkbox"/> MEMBRE ACTIF	Si privilèges exclusifs en obstétrique, joindre la recommandation du CMDP (annexe XII, paragr. 1.3)
NOMINATION EN CLSC DU RÉSEAU DE GARDE	<input type="checkbox"/> SPÉCIFIQUE AVEC PRIVILÈGES EN	
PARTICIPATION À LA GARDE		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

6- Autorisations

PERSONNE AUTORISÉE DE L'ÉTABLISSEMENT (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNEE	MOIS	JOUR
<input type="checkbox"/> ① DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS ou DIRECTEUR GÉNÉRAL (seulement pour une autorisation en cas d'urgence - paragr. 11.02)	<input type="checkbox"/> ② DIRECTEUR GÉNÉRAL OU RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE ou DIRECTEUR DE L'INSPQ (si le professionnel de la santé agit dans le cadre d'un programme dirigé ou coordonné par ce directeur)			
NOM (lettres majuscules)	SIGNATURE	ANNEE	MOIS	JOUR