

Demande d'ajout, de changement ou de retour à un domaine ou à l'exercice



COLLÈGE
DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Veuillez préalablement enregistrer le formulaire dans votre ordinateur avant de le remplir.

Renseignements personnels

Nom

Prénom

Numéro de permis

Spécialité(s)

Numéro de téléphone

Adresse courriel

ADRESSE PROFESSIONNELLE

N°

Rue

Ville

Province

Code postal

Pays

Objet de la demande

Mise à jour ou perfectionnement dans un domaine où vous pratiquez déjà

Ajout ou changement de domaine d'exercice

Retour à un ancien domaine d'exercice dans lequel vous n'avez pas pratiqué depuis plus de 3 ans

Retour à l'exercice de la médecine (réinscription ou changement de statut)

S'il s'agit d'un retour à l'exercice ou d'un retour à un ancien domaine dans lequel vous avez déjà pratiqué auparavant, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez cessé la pratique concernée et le contexte dans lequel vous l'exerciez avant l'arrêt.

Formation initiale

Programme de médecine / Université / Année

Formation postdoctorale (programme de résidence ou internat) / Université / Année

Pratique au cours des trois (3) dernières années

Domaine(s) d'exercice

(Ex. : médecine de famille ou autre spécialité)

Type(s) de pratique

(Ex. : urgence, hospitalisation, soins palliatifs, suivi de clientèle en cabinet, sans rendez-vous, etc.)

Lieu(x) d'exercice

(Ex. : CHSLD, GMF, hôpital, etc.)

Type(s) de clientèle

(Ex. : pédiatrique, adulte, personnes âgées, etc.)

Activités d'enseignement

Historique ou autres domaines antérieurs de pratique (au-delà de trois (3) ans)

Pratique souhaitée

Domaine(s) d'exercice
(Ex. : médecine de famille ou autre spécialité)

Type(s) de pratique, incluant les procédures
(Ex. : urgence, hospitalisation, soins palliatifs, suivi de clientèle en cabinet, sans rendez-vous, colonoscopie, radiologie d'intervention, interruption volontaire de grossesse, techniques visées en médecine esthétique, phlébologie, santé au travail, etc.)

Lieu(x) d'exercice
(Ex. : CHSLD, GMF, hôpital, etc.)

Type(s) de clientèle
(Ex. : pédiatrique, adulte, personnes âgées, etc.)

Activité(s) d'enseignement

Veuillez fournir les coordonnées du médecin que vous souhaitez avoir comme superviseur.

Nom

Prénom

Numéro de permis

Établissement

Lien avec vous (ex. : Chef de département, collègue de travail, ami·e, partenaire d'affaires...)

Adresse courriel

Numéro de téléphone

Date de
début
souhaitée de
la supervision

Activités de formation continue effectuées au cours des trois (3) dernières années en lien avec la pratique souhaitée

Commentaires additionnels

Date de la demande

Veillez enregistrer le formulaire dans votre ordinateur avant de le soumettre.

Vous pouvez ensuite cliquer sur le bouton « Soumettre » ou envoyer le formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse suivante : activite-perfectionnement@cmq.org.

Pour toute information, contactez la Direction du développement professionnel et de la remédiation au 514 933-4441, poste 5447.