

**Formulaire d'adhésion ou de modification
Activités médicales particulières (AMP)**

Adhésion aux AMP des Laurentides Modification

COORDONNÉES DU MÉDECIN

DATE D'ADHÉSION : _____

Nom	Prénom	Numéro de pratique
Adresse de correspondance		
Courriel		Téléphone personnel
Détenteur d'un PREM région des Laurentides	<input type="checkbox"/> Obtenu avant 2016 <input type="checkbox"/> Obtenu après 2016 : RLS _____	
Années de pratique :	<input type="checkbox"/> 0-15 ans <input type="checkbox"/> plus de 15 ans	

CHOIX D'AMP (Se référer à la liste des AMP en vigueur, lien hypertexte)

AMP	Nombre d'heures /semaine	Activités médicales	Choix	Installations
SIMPLES	12	URGENCE (min. 16 quarts / trimestre)	<input type="checkbox"/>	
		HOSPITALISATION (18 lits, min. 1 sem. sur 5)	<input type="checkbox"/>	
		Obstétrique (15 accouchements par trimestre) équivaut 12 h/sem.	<input type="checkbox"/>	
MIXTES	6	URGENCE (min. 8 quarts / trimestre) ou	<input type="checkbox"/>	
		HOSPITALISATION (18 lits, min. 1 sem. sur 10) ou	<input type="checkbox"/>	
		Obstétrique (15 accouchements par trimestre) équivaut 6 h/sem. ou	<input type="checkbox"/>	
		SOINS DE LONGUE DURÉE (moyenne 27 patients), incluant garde en disponibilité ou	<input type="checkbox"/>	
		SOUTIEN À DOMICILE INCLUANT LES SOINS PALLIATIFS (5 visites à domicile / sem. incluant la garde en disponibilité)	<input type="checkbox"/>	
		PRISE EN CHARGE (PEC) clientèle inscrite au guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), min. 250 patients ou	<input type="checkbox"/>	
		Réadaptation fonctionnelle intensive (URFI) (responsable de 10 lits sur une base hebdomadaire)	<input type="checkbox"/>	

VOLET SIGNATURES

J'ai pris connaissance de l'Entente particulière relative aux activités médicales particulières à l'article 4.8 : « L'adhésion d'un médecin à la présente entente implique que la Régie de l'assurance-maladie, conformément aux articles 6 et 7 des présentes, transmet les données pertinentes à l'application de la présente concernant sa rémunération et ses années de pratique à l'agence de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux concernée et au comité paritaire prévu au paragraphe 7.3 des présentes. » et je désire adhérer à cette entente et participer à des AMP reconnues par le Département régional de médecine générale des Laurentides (DRMG).

MÉDECIN

Nom et prénom (caractères d'imprimerie)	Signature	ANNÉE	MOIS	JOUR
---	-----------	-------	------	------

DRMG/Personne responsable

Nom et prénom (caractères d'imprimerie)	Signature	ANNÉE	MOIS	JOUR
---	-----------	-------	------	------

Veuillez retourner ce formulaire dûment complété et signé à l'adresse courriel : 15-DRMG@ssss.gouv.qc.ca