**Compléter le questionnaire suivant en collaboration avec les médecins/gestionnaires du secteur d’activité**

|  |
| --- |
| **Questions obligatoires :** |
| 1. Nom et adresse complète du GMF, GMFU ou clinique médicale :
 |  |
| 1. Nom(s), fonction et coordonnées du (des) demandeur(s) :
 | **Nom, prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Fonction :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **Évaluation des besoins de la clientèle** |
| 1. Combien d’usagers sont en attente sur le GAMF pour votre MRC?
 |  |
| 1. Quel est le délai de prise en charge pour ces usagers dans votre MRC?
 |  |
| 1. Quel est le nombre de suivis en attente dans votre GMF, GMFU ou clinique médicale?
 |  |
| 1. Quelle est la raison de cette attente? (non dotation de PREM médicaux, retraite de médecins, médecins en arrêt de travail, grossesse, etc.)
 |  |
| 1. Combien de PREM médicaux sont susceptibles d’être dotés pour votre GMF, GMFU ou clinique médicale dans les 12 prochains mois?
 |  |
| 1. Avez-vous des cibles du MSSS à respecter?
2. Si oui lesquelles?
 |  |
| 1. Est-ce que la structure administrative (secrétariat) et locaux (espace disponible) est en place pour accueillir l’IPSPL?
 |  |
| 1. Désirez-vous un poste à temps complet pour votre GMF ou un partage avec le SAD, le CHSLD ou autre projet à l’interne du CISSS LAU serait envisageable?
 | 󠄃 Poste à temps complet désiré󠄃 Partage avec SAD, CHSLD ou autre projet du CISSS LAU à raison de 1 journée par semaine󠄃 Partage avec SAD, CHSLD ou autre projet du CISSS à raison de 2 journées par semaine |
| 1. Quelles sont les catégories de clientèles susceptibles d’être prises en charge par l’IPSPL au sein de votre GMF, GMFU, clinique médicale?
 | 󠄃 Évaluation de la condition de santé ou dépistage d’un problème de santé.󠄃 Problème de santé courant󠄃 Maladie Chronique stable󠄃 Sans rendez-vous ou accès adapté󠄃 Suivi de grossesse󠄃 Pédiatrie󠄃 Autre : Chirurgie mineure, cryothérapie, ECG, stérilet, etc. |
| **Rôles et responsabilités de l’IPS au sein de l’équipe** |
| 1. Selon votre compréhension, quels sont les rôles et responsabilités de l’IPSPL en GMF, GMFU ou clinique médicale?
 |  |
| **Soutien à l’intégration du rôle IPS** |
| 1. L’équipe clinique (md, inf, professionnels, gestionnaire) est-elle en mesure de soutenir l’intégration du nouveau rôle?
 | 󠄃 À temps complet (5 jours/semaine) 40 heures de présence par semaine󠄃 À temps partiel : indiquer les journées {L-Ma-Me-J-V}󠄃 Ponctuellement : Indiquer les disponibilités des différents professionnels.Médecins : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Infirmières : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Professionnels : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Gestionnaire administratif : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Nombre de médecins collaborateurs disponibles :
 |  |

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Transmettre à par courriel à :

|  |
| --- |
| martine.vezina.hse@ssss.gouv.qc.ca |