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

|  |
| --- |
| **Questions obligatoires** |
| 1. Secteur d’activité visé :
 |  |
| 1. Nom(s) et fonction du (des) demandeur(s) :
 |  |
| **Évaluation des besoins de la clientèle** |
| 1. Quels sont les besoins de la clientèle en terme de suivis ?
 |  |
| 1. Quel est le nombre de suivis en attente ?
 |  |
| 1. Quel est le nombre de nouveaux cas en attente ?
 |  |
| 1. Quel est le délai de prise en charge pour la clientèle de votre service?
 |  |
| 1. Avez-vous des cibles du MSSS à respecter?
 |  |
| 1. Est-ce que la structure administrative (secrétariat) et locaux (espace disponible) est en place pour accueillir l’IPS?
 |  |
| 1. Dans quelle trajectoire de soins et de services l’IPS pourrait apporter sa contribution?
 |  |
| 1. Existe-t-il des opportunités pour développer de nouvelles trajectoires de soins et de services dans votre spécialité ?
 |  |
| 1. Avez-vous des indicateurs de suivi et de performance à nous soumettre ? Quels en sont les résultats récents?
 |  |
| **Rôles et responsabilités de l’IPS au sein de l’équipe** |
| 1. Selon votre compréhension, quels seront les rôles et responsabilités de l’IPS pour votre spécialité?
 |  |
| **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?
 |  |
| 1. Nombre de médecins collaborateurs disponibles :
 |  |

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

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

|  |
| --- |
| Transmettre à par courriel à martine.vezina.hse@ssss.gouv.qc.ca  |
|  |