|  |  |
| --- | --- |
| SSSi_nb | **DEMANDE DE RÉSOLUTION DE PROBLÉMATIQUE DANS UN GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)** |
|  |
| **renseignements importants** |
| Toute problématique en lien avec le Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF) et le Programme de désignation accès-réseau pour les GMF (Programme GMF accès-réseau) peut être soulevée en suivant les cinq étapes du mécanisme de résolution des problématiques dans les GMF, en vertu de la section 11.2 du Programme GMF et de la section 12.2 du Programme GMF accès-réseau).Le présent document fait référence à l’étape 3, dans laquelle la problématique est exposée au comité technique, composé de trois membres désignés par la Fédération des médecins omnipraticien du Québec (FMOQ) et de trois membres désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.Ce document doit être rempli par les parties concernées et être transmis, accompagné de tout autre document jugé pertinent, à l’adresse : dospli.gmf@msss.gouv.qc.ca Le comité technique analysera la demande et rendra les décisions en conséquence. |

|  |
| --- |
| **identification du GMF** |
| Nom du GMF : | Personne ressource (médecin responsable) : |
|  |  |
| Adresse courriel : | Téléphone :  |
|  |  |
| **identification du CISSS/CIUSSS** |
| Nom : | Personne ressource : |
|  |  |
| Adresse courriel : | Téléphone : |
|  |  |

|  |
| --- |
| **description de la problématique** |
| **Problématique soumise le :**  |  | **(jj/mm/aaaa)** |
| ***Ne pas oublier de renseigner les informations suivantes : niveau du GMF, type du GMF (privé/public/mixte), nombre de sites, nombre de médecins (et médecins absents), nombre ETP professionnels (et ETP manquants), sans rendez-vous populationnel ou non, etc.*** |
| **étapes franchies** |
|  |

|  |
| --- |
| **pistes de solutions proposées** |
|  |

|  |
| --- |
| **section réservée au comité technique** |
|  |
| **Décision rendue le :**  |  | **(jj/mm/aaaa)** |

|  |
| --- |
| **Membres du comité technique** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |