

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Ce formulaire doit être dûment signé par le *médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF)*, le *chef du département régional de médecine générale (DRMG)* ainsi que le *chargé GMF du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. Il peut être accompagné d'un ou de plusieurs documents énumérés à l'Annexe I et doit être envoyé entre le 90^e et le 60^e jour précédant la date de révision du GMF (voir Annexe V du Programme), à l'adresse suivante : DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca

Identification du GMF

Nom du GMF :	Nom du CISSS ou du CIUSSS :
Adresse du GMF (site principal) :	Courriel générique (un seul autorisé) :
	Téléphone :

Si une des situations ci-dessous s'applique à votre GMF, veuillez cocher la case appropriée

Mon GMF possède un site ayant une désignation réseau (Complétez également la section Révision annuelle GMF-R)

Mon GMF possède un site ayant une mission universitaire

Niveau du GMF prévu pour l'année à venir

Veuillez cocher si le GMF demande un niveau inférieur (selon les modalités de la section 9.2 du Programme GMF) :	<input type="checkbox"/>
Veuillez inscrire le niveau du GMF en fonction : <ul style="list-style-type: none"> des données les plus récentes du Rapport 8 de la régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), OU du niveau inférieur, tel qu'indiqué plus haut. 	Niveau

Ressources professionnelles (pour le volet GMF seulement)

Le GMF a accueilli l'ensemble des ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux et autres professionnels) prévues par le Programme GMF :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, veuillez compléter les sections suivantes :		
Le GMF n'a pas été en mesure d'intégrer la ou les ressource(s).	<input type="checkbox"/>	
Le CISSS ou le CIUSSS n'a pas été en mesure d'octroyer la ou les ressource(s).	<input type="checkbox"/>	
Veuillez préciser les ressources manquantes :	Type de ressource	Nombre d'ETP manquants

Pharmacien

Dans la dernière année, le GMF avait une entente avec un pharmacien :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez compléter la section suivante :		
Veuillez cocher le type de pharmacien :	Communautaire <input type="checkbox"/>	Établissement <input type="checkbox"/>
Dans le cadre de cette entente, veuillez préciser le montant réellement dépensé depuis la date de début de l'entente, en incluant le montant prévu restant à payer d'ici la date de la présente révision annuelle (octobre ou janvier prochain) * :	Montant dépensé depuis le début de l'entente :	\$
	Montant prévu restant à payer :	\$
	Frais retenus par le GMF (10 % max.) :	\$
	TOTAL :	\$

* S'il y a lieu, un ajustement du financement lié aux services du pharmacien sera appliqué lors du versement de l'année suivante, en tenant compte uniquement des surplus octroyés par le MSSS au courant de la dernière année.

Offre de service pour l'année à venir (Veuillez obligatoirement remplir cette section)

Sites composant le GMF Jours de la semaine	<i>Exemple :</i> <i>Clinique du Jour</i>	Nom du site 1 :	Nom du site 2 :	Nom du site 3 :	Nom du site 4 :	Nom du site 5 :	Nom du site 6 :	Heures d'ouverture couvertes par les membres des sites du GMF :	Heures d'ouverture couvertes par l'entente :
Lundi	<i>8h à 20h</i>								
Mardi	<i>8h à 20h</i>								
Mercredi	<i>8h à 20h</i>								
Jeudi	<i>8h à 20h</i>								
Vendredi	<i>8h à 20h</i>								
Samedi	<i>10h à 14h</i>								
Dimanche	<i>10h à 14h</i>								
Somme des heures de services médicaux offertes :								Sans entente :	Avec entente :
TOTAL									

Nom du partenaire de l'entente de service (s'il y a lieu) :

Sites composant le GMF	Nom du site 7 :	Nom du site 8 :	Nom du site 9 :	Nom du site 10 :	Nom du site 11 :	Nom du site 12 :	Nom du site 13 :	Heures d'ouverture couvertes par les membres des sites du GMF :	Heures d'ouverture couvertes par l'entente :
Jours de la semaine									
Lundi									
Mardi									
Mercredi									
Jeudi									
Vendredi									
Samedi									
Dimanche									
Somme des heures de services médicaux offertes :								Sans entente :	Avec entente :
TOTAL									

Révision annuelle GMF-R

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette section doit être complétée pour tous les groupes de médecine de famille (GMF) ayant une désignation réseau. Ce formulaire doit être dûment signé par le *médecin responsable du GMF*, le *médecin responsable de la mission réseau* ainsi que le *chef du département régional de médecine générale (DRMG)* et le *chargé GMF du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) ou du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS)*. Il doit être accompagné d'un ou de plusieurs documents énumérés à l'Annexe I.

Niveau du GMF-R

Veuillez inscrire le niveau du GMF-R selon le nombre de consultations annuelles effectuées par des patients dont le lieu d'inscription n'est pas ce GMF, à partir des données les plus récentes du rapport 9 de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).	Niveau

Offre de service pour l'année à venir (Veuillez obligatoirement remplir cette section)

Journée	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche	Total des heures
Heures								

Ressources professionnelles (pour le volet GMF-R seulement)

Le GMF-R a accueilli l'ensemble des ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, infirmières techniciennes et infirmières auxiliaires) prévues par le Programme GMF-R :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, veuillez compléter les sections suivantes :		
Le GMF n'a pas été en mesure d'intégrer la ou les ressource(s).	<input type="checkbox"/>	
Le CISSS ou le CIUSSS n'a pas été en mesure d'octroyer la ou les ressource(s).	<input type="checkbox"/>	
Veuillez préciser les ressources manquantes :	Type de ressource	Nombre d'ETP manquants

Centre de prélèvements

Cochez un seul des deux choix suivants :	
Le GMF-R reconduit une entente avec un centre de prélèvements public à proximité.	<input type="checkbox"/>
Le CISSS ou le CIUSSS exploite un centre de prélèvements dans les locaux du GMF-R.	<input type="checkbox"/>

Radiographie simple et échographie

Cochez un seul des trois choix suivants :	
Le GMF-R fournit les espaces requis afin de permettre au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou au centre intégré de son territoire d'y exploiter, minimalement, des services de radiographie simple et d'échographie.	<input type="checkbox"/>
Le GMF-R reconduit une entente avec un laboratoire d'imagerie médicale à proximité pour la durée du délai accordé par le ministre puisqu'il ne possède pas les espaces requis pour l'installation des services de radiologie simple et d'échographie. Nom du laboratoire d'imagerie médicale :	<input type="checkbox"/>
Le GMF-R reconduit une entente avec un laboratoire d'imagerie médicale dans son bâtiment. Nom du laboratoire d'imagerie médicale :	<input type="checkbox"/>

Signatures obligatoires

GMF

Signature du médecin responsable du GMF

Nom du médecin responsable du GMF (en lettres moulées)

Date

GMF-R

Signature du médecin responsable de la mission réseau

Nom du médecin responsable de la mission réseau
(en lettres moulées)

Date

GMF-U

Signature du directeur médical

Nom du directeur médical (en lettres moulées)

Date

CISSS/CIUSSS

Signature du chef du DRMG

Nom du chef du DRMG (en lettres moulées)

Date

Signature du responsable GMF

Nom du responsable GMF (en lettres moulées)

Date

Annexe I

L'ensemble des documents concernant la révision annuelle doit être acheminé en un seul envoi à l'adresse suivante : DOSPLI.GMF@msss.gouv.qc.ca

Documents complémentaires GMF

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Les documents énumérés ci-dessous doivent être envoyés, le cas échéant, en même temps que le formulaire de révision annuelle.

- Entente de service pour compléter l'accessibilité médicale de 68 heures*;
- Entente avec un pharmacien*;
- Formulaire de remboursement des travaux d'aménagement*;
- Lettre de demande de remboursement pour l'aide au démarrage.

* Ces documents se trouvent sur le [site Web du MSSS](#).

Documents complémentaires GMF-R

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Les documents énumérés ci-dessous doivent être envoyés, le cas échéant, en même temps que le formulaire de révision annuelle GMF-R.

- Entente avec l'établissement dont relève la mission réseau*;
- Entente avec un laboratoire d'imagerie médicale, s'il y a lieu;
- Formulaire de remboursement des travaux d'aménagement*.

* Ces documents se trouvent sur le [site Web du MSSS](#).