

- Nouvelle demande
- Demande de renouvellement
(transmettre le formulaire six mois avant la
date d'échéance du permis)

Numéro de permis : 4101-

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Renseignements sur le demandeur (titulaire du permis)

Indiquez le nom et les coordonnées du médecin, de la personne morale ou de la société qui demande le permis. S'il s'agit d'un médecin, indiquez son numéro de permis du Collège des médecins du Québec (CMQ). S'il s'agit d'une personne morale ou d'une société, indiquez son nom légal et son numéro d'entreprise du Québec (NEQ).

Nom : _____

CMQ ou NEQ : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Cellulaire : _____

Ville : _____ Courriel : _____

Code postal : _____

Renseignements sur le CPA

Indiquez le nom sous lequel le centre sera exploité et les coordonnées du lieu aménagé pour l'exercice des activités de procréation assistée.

Nom : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Courriel : _____

Ville : _____ Site Web : _____

Code postal : _____

Renseignements sur le répondant

Indiquez le nom et les coordonnées du répondant du titulaire du permis pour les besoins du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____ Téléphone : _____

Courriel : _____ Cellulaire : _____

FORME D'EXPLOITATION DU CPA

Le CPA sera exploité suivant l'une ou l'autre des formes suivantes :

- Un CPA où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29);
- Un CPA où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

DIRECTEUR MÉDICAL

Renseignements sur le directeur médical

Indiquez le nom et les renseignements demandés du directeur médical.

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro membre CMQ : Oui Non

Spécialité : _____ Le directeur médical exerce sa profession dans le centre

Autre (précisez) : _____

MÉDECINS EXERÇANT AU CPA

Indiquez le nom des médecins qui exerceront des activités de procréation assistée au centre, leur spécialité, leur numéro de membre du CMQ ainsi que leur statut de professionnel soumis à l'application d'une entente ou de professionnel non participant.

Toute modification à la liste ci-dessous des médecins exerçant au CPA devra **en tout temps** être signifiée à la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Nom du médecin	Spécialité	Numéro membre CMQ	Participant au régime d'assurance maladie	
			Oui	Non
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nom du médecin	Spécialité	Numéro membre CMQ	Participant au régime d'assurance maladie	
			Oui	Non
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MODE D'ORGANISATION DU CPA

Donnez une description du mode d'organisation du centre ainsi que la liste des diverses spécialités des membres du personnel associé aux activités cliniques du centre.

ACTIVITÉS CLINIQUES DEMANDÉES¹

Sous-catégories d'activités	Activité déjà au permis	Activité ajoutée	Activité retirée
Congélation et entreposage de sperme, d'ovules ou d'embryons <i>(cette sous-catégorie est requise pour toutes les cliniques qui offrent les services d'insémination artificielle, et ce, même s'il n'y a pas de congélation et entreposage)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fécondation <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic génétique préimplantatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités cliniques que le centre veut exercer			
Prélèvement et lavage de sperme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement d'ovule ou de tissu ovarien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manipulation <i>in vitro</i> et conservation des gamètes humains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilisation de procédés pharmaceutiques pour la stimulation ovarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insémination artificielle avec le sperme du conjoint ou le sperme d'un donneur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de fécondation <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maturation <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnostic génétique préimplantatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prélèvement chirurgical de spermatozoïdes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert d'embryon congelé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services de fécondation <i>in vitro</i> pour la clientèle à risque viral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activités de recherche sur la fertilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Le titulaire du permis doit demander une modification à son permis lorsqu'il y a un changement envisagé dans les activités cliniques, et ce, à l'aide du formulaire de modification du MSSS.

OBTENTION DE L'AGRÉMENT DU CPA

Le centre doit, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance de son permis, obtenir un agrément de ses activités de procréation assistée auprès d'un organisme d'agrément reconnu par le ministre et le conserver en tout temps par la suite.

S'il s'agit d'une demande de renouvellement de permis, veuillez fournir les renseignements suivants :

Date d'obtention de l'agrément : _____

Durée de l'agrément : _____

Nom de l'organisme d'agrément : _____

ENTENTE AVEC UN ÉTABLISSEMENT OU UN CPA

Le centre doit prévoir une entente de service avec un établissement qui exploite un centre hospitalier visé à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) afin de diriger vers ce centre les personnes présentant des complications résultant d'activités de procréation assistée. Lors d'une demande de renouvellement de permis ou d'une demande de permis, le centre doit indiquer cette entente. Veuillez ainsi fournir les renseignements demandés :

Entente écrite avec un centre hospitalier pour les urgences (précisez) : _____

Lors d'une demande de renouvellement de permis ou d'une demande de permis, le centre doit préciser s'il a une entente avec un centre tertiaire afin de faciliter le corridor de services de 3^e ligne. Veuillez indiquer s'il existe une entente :

Entente écrite avec un centre tertiaire (précisez) : _____

Entente informelle avec un centre tertiaire (précisez) : _____

STRUCTURE DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ
(Cette section ne s'applique pas aux établissements au sens de la LSSSS.)

Pour la personne morale ou la société qui demande le permis, indiquez toutes les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote ainsi que le nombre total d'actions ou de parts émises, et ce, pour chaque catégorie d'actions ou de parts conférant un droit de vote.

Catégorie(s) d'actions ou de parts conférant un droit de vote	Total d'actions ou de parts émises

Pour la personne morale ou la société qui demande le permis, indiquez le nom et les coordonnées de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société.

Nom et coordonnées des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			

Nom et coordonnées des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes	Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues	N ^{bre} d'actions ou de parts votantes détenues	% d'actions ou de parts votantes détenues
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			
Nom : _____ Adresse : _____ Ville : _____ Code postal : _____ Numéro membre _____ CMQ : _____			

**Conseil d'administration (CA) ou conseil de gestion interne (CGI)
de la personne morale ou de la société qui exploite le CPA**

Composition et règles du quorum

Le CA ou le CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société qui exploite le CPA est composé de _____ personnes, dont _____ sont des médecins. Ces médecins constituent en tout temps la majorité du quorum du CA, lequel est fixé à _____ administrateurs.

Indiquez le nom, la profession et le numéro de membre du CMQ des membres du CA ou du CGI, selon le cas.

Nom des membres du CA ou du CGI	Profession	Numéro membre CMQ	Le membre exerce sa profession dans le centre	
			Oui	Non
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS

Les documents que vous devez joindre à votre demande de permis ou à votre demande de renouvellement de permis sont énumérés ci-dessous. S'il manque des documents nécessaires, le formulaire de demande pourrait vous être renvoyé. Cochez la case voulue lorsque le document est joint.

<input type="checkbox"/>	Formulaire de demande de permis
<input type="checkbox"/>	Résolution du CA ou du CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société autorisant la présentation de la demande de permis
<input type="checkbox"/>	Copie du contrat d'assurance responsabilité d'au moins 1 000 000 \$ par réclamation, établissant une garantie contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité que le titulaire du permis peut encourir résultant d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du CPA. Lors d'une demande de renouvellement de permis, le contrat doit être détenu par le titulaire du permis (personne physique, personne morale ou société, selon le cas)*
<input type="checkbox"/>	Copie de l'entente de service avec un établissement qui exploite un centre hospitalier visé à la LSSSS pour l'orientation des personnes présentant des complications résultant d'activités de procréation assistée
<input type="checkbox"/>	Rapport d'évaluation fourni par l'organisme d'agrément (lors d'une demande de renouvellement de permis)
Structure de la personne morale ou de la société (Cette section ne s'applique pas aux établissements au sens de la LSSSS.)	
<input type="checkbox"/>	Copie du certificat de constitution ou (uniquement lors d'une première demande de permis) Copie du contrat de société
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Copie des statuts de constitution (uniquement lors d'une première demande de permis)
<input type="checkbox"/>	Copie du ou des certificats de modification (s'il y a lieu) ou Copie des amendements au contrat de société (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Copie des statuts de modification (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/>	Copie de la convention conclue entre les actionnaires ou Il n'y a pas de convention conclue entre les actionnaires
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Copie des modifications apportées à la convention conclue entre les actionnaires (s'il y a lieu)
<input type="checkbox"/>	Paiement par chèque libellé à l'ordre du ministre des Finances du Québec* (lors d'une demande de renouvellement de permis)

* Lors d'une première demande de permis, ces documents doivent être transmis à la demande du MSSS.

DÉCLARATION ET ENGAGEMENTS

Le médecin, la personne morale ou la société qui demande le permis :

- déclare avoir pris connaissance des conditions du Règlement sur les activités cliniques en matière de procréation assistée (RLRQ, chapitre A-5.01, r. 1) qui lui sont applicables et déclare remplir ces conditions;
- joint à la présente demande les renseignements et documents exigés par ce règlement;
- s’engage à maintenir en vigueur le contrat d’assurance responsabilité pendant toute la durée du permis;
- s’engage à obtenir un agrément de ses activités de procréation assistée auprès d’un organisme d’agrément reconnu par le ministre et à le conserver en tout temps par la suite;
- atteste que les renseignements fournis dans le présent document sont exacts.

Signature du demandeur

Date

TRANSMISSION DE LA DEMANDE

À la demande du MSSS, le demandeur pourrait être appelé à transmettre d’autres documents ou renseignements nécessaires à l’analyse de la demande.

La demande de permis ou de renouvellement de permis doit être transmise par courriel à l’adresse permis@msss.gouv.qc.ca ou par la poste à l’adresse suivante :

Responsable des permis
Direction des relations institutionnelles
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-De Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1