

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Ce formulaire doit être dûment signé par le **directeur des soins infirmiers**, le **chef du Département régional de médecine générale (DRMG)**, le **directeur médical** ainsi que le **président-directeur général (PDG)**.

Ce formulaire peut être accompagné d'un ou de plusieurs formulaires et doit être envoyé par courriel à l'adresse dnssi@msss.gouv.qc.ca, avant le 15 mars de chaque année.

IDENTIFICATION DE LA CLINIQUE

Nom de la clinique :	Nom du CISSS ou du CIUSSS :
Nom du directeur responsable de la clinique :	Nom du directeur des soins infirmiers :
Adresse courriel :	Adresse courriel :
Adresse de la clinique (site principal) :	Adresse courriel générique (si disponible) :
	Téléphone :

DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DME)

Nom du DME :

NIVEAU DE LA CLINIQUE PRÉVU POUR L'ANNÉE À VENIR

Niveau actuel (année financière en cours) : 1 2 3 4 5

Veillez cocher si la clinique demande un changement de niveau (selon les modalités présentées dans le cadre de référence pour les cliniques d'infirmières praticiennes spécialisées)

Changement de niveau à la hausse, préciser le niveau demandé :

Changement de niveau à la baisse, préciser le niveau demandé :

Maintien du niveau actuel :

Justificatifs pour le niveau demandé (nombre ETC, postes dotés ou en affichage, etc.) :

RESSOURCES PROFESSIONNELLES (VOLET interdisciplinaire)

Dans la dernière année, la clinique a accueilli l'ensemble des ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, travailleurs sociaux et autres professionnels) prévues par le cadre de référence en fonction du niveau :

Oui

Non

Si vous avez coché "non", veuillez compléter les sections suivantes :

La clinique n'a pas été en mesure d'intégrer la ou les ressource(s).
Le CISSS ou le CIUSSS n'a pas été en mesure d'octroyer la ou les ressource(s).

Veuillez préciser les ressources manquantes :	Type de ressource	Nombre d'équivalents temps plein (ETP) manquants	Commentaires

Commentaires ou précisions :

OFFRE DE SERVICE POUR L'ANNÉE À VENIR

Sites composant la clinique 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 :	Nombre d'heures d'ouverture couvertes par les sites de la clinique <i>(exemple : 12h)</i>
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>						
Commentaires sur l'offre de service (alternance des sites, etc.) :						Somme des heures de services offertes :	

POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE À VENIR

SECTION RÉSERVÉE AU CHEF DU DRMG : SOUTIEN À LA PRATIQUE

La direction responsable de la clinique d'infirmières praticiennes spécialisées a participé à la réflexion et aux travaux du DRMG entourant le mécanisme régional d'accès pour les patients sans médecin de famille:

Oui

Non

Nom du chef du DRMG (lettres moulées)

Signature du Chef du DRMG

Pour l'année à venir, la direction responsable a conclu une entente avec le DRMG, en cogestion avec le PDG, le DSI et le directeur médical, afin de déterminer le nombre de plages de disponibilité qu'il rend accessibles à la population sans médecin de famille ainsi que leur modalité d'accès :

Oui

Non

Si oui, veuillez compléter les sections suivantes :

Date de début de l'entente :

Date de fin de l'entente :

Estimation du nombre de consultations qui seront offertes aux patients orphelins :

INSCRIPTIONS DE LA CLIENTÈLE

La clinique a effectué la prise en charge de patients orphelins.

Oui

Non

Veuillez inscrire le nombre total de patients actuellement pris en charge par la clinique :

AUTRES OBLIGATIONS

La clinique est actuellement connectée au HUB et rend disponible les plages non comblées au grand public.

Oui

Non

Les obligations du Guide de référence en lien avec la prise en charge par les IPS en première ligne sont respectées.

Oui

Non

Des plages sont offertes tous les jours, afin de recevoir de la clientèle en provenance du GAP ou de réorientation P4-P5 de l'urgence.

Oui

Non

Des services de prélèvements sanguins et urinaires sont disponibles sur place ou un corridor de service est établi le cas échéant.

Oui

Non

L'équipement nécessaire pour réaliser de la téléconsultation est disponible sur place.

Oui

Non

La clinique accueille des stagiaires IPS et des stagiaires des autres professions.

Oui

Non

Des plages de 30 minutes sont disponibles quotidiennement pour de l'accès adapté, des urgences mineures ou du sans rendez-vous.

Oui

Non

SIGNATURES

Les signatures du **directeur des soins infirmiers**, le **chef du Département régional de médecine générale (DRMG)**, le **directeur médical** ainsi que le **président-directeur général (PDG)**, sont considérés par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers de la demande de reconduction des différentes missions de la clinique d'infirmières praticiennes spécialisées.

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Signature du directeur des soins infirmiers <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nom (lettres moulées) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Date
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Signature du PDG du CISSS/CIUSSS <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nom (lettres moulées) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Date
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Signature du chef du DRMG <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nom (lettres moulées) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Date <i>Signer également la section « Soutien à la pratique » de la page 5.</i>

<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Signature du directeur responsable de la clinique (Si DSI ne pas compléter) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nom (lettres moulées) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Date
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Signature du directeur médical du CISSS/CIUSSS <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Nom (lettres moulées) <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> Date

SECTION RÉSERVÉE AU MSSS

	Constats	Commentaires
Respect des exigences		
Niveau octroyé pour l'année à venir		
Pénalité appliquée		