

VOLET GMF

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Ce formulaire doit être dûment signé par le **médecin responsable du groupe de médecine de famille (GMF)**, le **Département territorial de médecine familiale (DTMF)**, ainsi que le **président-directeur général (PDG)**, le **directeur médical (DM)** et le **chargé de projet GMF de l'établissement**.

Il peut être accompagné d'un ou de plusieurs documents énumérés en annexe et doit être envoyé par courriel à l'établissement, **au plus tard le 1^{er} mars de chaque année**, selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille (Programme GMF).

IDENTIFICATION DU GMF

Nom du GMF :	Nom de l'établissement :
Adresse du GMF (site principal) :	
Adresse courriel générique (une seule autorisée)	
Mission du GMF (cochez l'une des cases, si requis)	
Le GMF possède un site ayant une désignation accès-réseau . (Complétez également la section « Révision annuelle GMF accès-réseau ».)	<input type="checkbox"/>
Le GMF possède un site ayant une mission universitaire .	<input type="checkbox"/>
Le GMF se retrouve-t-il dans l'une de ces situations particulières¹(cochez l'une des cases, si requis)?	
<input type="checkbox"/> Le GMF est situé sur un territoire de RLS de moins de 25 000 habitants.	
<input type="checkbox"/> Le GMF est situé sur un territoire de RLS de 25 000 à 49 999 habitants.	

NIVEAU DU GMF POUR L'ANNÉE À VENIR

Veillez cocher si le GMF demande un niveau inférieur (selon les modalités de la section 10.2 du Programme GMF).	<input type="checkbox"/>
Veillez inscrire le niveau du GMF en fonction des données les plus récentes du Rapport 8 de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) OU du <u>niveau inférieur</u> , comme indiqué plus haut.	Niveau <input type="text"/>

DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DME)

Nom du DME :	<input type="text"/>
--------------	----------------------

¹ Voir annexe III du Programme GMF

RESSOURCES PROFESSIONNELLES (VOLET GMF SEULEMENT)			
Dans la dernière année, 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"/>	
L'établissement n'a pas été en mesure d'octroyer la ou les ressource(s).		<input type="checkbox"/>	
Veuillez préciser les ressources manquantes :	Type de ressource (volet GMF seulement)	Nombre d'équivalents temps plein (ETC) manquants	Commentaires GMF
	Infirmière clinicienne		
	Travailleur social		
	Autre professionnel		
Dans le cas où le GMF a embauché lui-même des ressources pour remplacer les ressources octroyées par le Programme GMF, veuillez compléter les sections suivantes :			
Type de ressource à remplacer (volet GMF seulement)	Nombre d'équivalents temps plein (ETC)	Type de ressource embauchée pour le remplacement (volet GMF seulement)	

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"/>
Le GMF a rehaussé les heures du pharmacien avec une autre source budgétaire ministérielle :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Montant reçu pour l'année précédente (incluant le rehaussement, le cas échéant) :	\$	
Veuillez remplir cette section UNIQUEMENT dans le cas des services d'un pharmacien communautaire² : 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 ³ :	Montant dépensé depuis le début de l'entente :	\$
	Montant prévu restant à payer :	\$
	Frais retenus par le GMF (10 % max.) :	\$
	TOTAL :	\$

² En ce qui concerne le financement lié aux services du pharmacien d'établissement, le montant réel utilisé sera inscrit aux résultats de l'établissement.

³ S'il y a lieu, un ajustement du financement inutilisé de la dernière année sera appliqué lors du versement de l'année suivante. Si le financement est rehaussé par autre source budgétaire ministérielle, le montant pharmacien octroyé par le Programme sera considéré comme la première source de financement lors de l'évaluation des montants dépensés.

SOUTIEN À LA PRATIQUE (MÉCANISME D'ACCÈS POUR LA POPULATION NON INSCRITE)

POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE ÉCOULÉE :

Dans la dernière année, le GMF a reçu un soutien à la pratique dans le cadre du mécanisme d'accès aux services de première ligne pour la population non inscrite :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez compléter la section suivante :		
Niveau demandé selon la ou les entente(s) conclue(s) :		
Nombre de visites réelles effectuées :		
Dans le cas où le GMF a procédé lui-même à l'embauche de ressources dédiées au soutien à la pratique, veuillez mentionner le(s) type(s) de ressources embauchées ⁴ :		

POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE À VENIR :

Pour l'année à venir , le GMF a conclu une entente avec le DTMF, en cogestion avec le PDG et le DM, 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 <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez compléter les sections suivantes :		
Date de début de l'entente :		
Date de fin de l'entente :		
Estimation du nombre de plages de rendez-vous offertes d'ici la prochaine révision annuelle :		
Type(s) de ressource(s) prévue(s) pour le soutien à la pratique:		
	Intra établissement <input type="checkbox"/>	Hors établissement <input type="checkbox"/>
Niveau demandé selon l'entente conclue avec le DTMF, selon le tableau 6 de la section 7.2.2		

INSCRIPTIONS DE GROUPE (LETTRE D'ENTENTE N° 393)

Le GMF a inscrit des patients en groupe selon la Lettre d'entente n° 393 (LE 393)	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Dans le cas où le nombre de patients inscrits en groupe permet une bonification des ressources en GMF, le GMF accepte ces ressources supplémentaires	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si le GMF détient une mission accès-réseau :		
Le GMF demande qu'un certain nombre d'inscriptions de groupe pondérées soit considéré pour le maintien de son niveau accès-réseau	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

RÉORIENTATION DE PATIENTS INSCRITS PROVENANT DE L'URGENCE

Nombre de plages de réorientation offertes par le GMF à ses patients inscrits, pour l'année à venir (conformément à la section 8.5 du Programme GMF) :	
---	--

⁴ Le GMF doit transmettre à l'établissement la grille de reddition de compte pour les ressources embauchées hors établissement.

VOLET ACCÈS-RÉSEAU

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Cette section doit être complétée pour tout GMF ayant une désignation accès-réseau. Dans ce cas, ce formulaire doit être également signé par le **médecin responsable de la mission accès-réseau** et être accompagné d'un ou de plusieurs documents énumérés en annexe.

NIVEAU DU GMF ACCÈS-RÉSEAU

Veuillez cocher si le GMF accès-réseau demande un niveau inférieur (selon les modalités de la section 9.3 du Programme GMF accès-réseau)	<input type="checkbox"/>
Veuillez inscrire le niveau du GMF accès-réseau en fonction des <u>données les plus récentes du Rapport 9</u> de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) OU du <u>niveau inférieur</u> , comme indiqué plus haut.	Niveau
Dans le cas où le GMF a offert des consultations pour les patients sans numéro d'assurance maladie , veuillez indiquer le nombre de consultations effectuées, dans le cadre de sa mission accès-réseau , pour la période comprise entre le 16 février de l'année précédente et le 15 février de l'année en cours ⁵ (conformément à la section 9.2 du Programme GMF accès-réseau).	

RESSOURCES PROFESSIONNELLES (MISSION ACCÈS-RÉSEAU SEULEMENT)

Provenance des ressources	Nombre d'ETC infirmières octroyés par le Programme accès-réseau		Commentaires GMF
Établissement	Clinicienne		
	Technicienne		
	Auxiliaire		
Hors établissement	Clinicienne		
	Technicienne		
	Auxiliaire		

CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS

Veuillez cocher une seule des deux cases suivantes :

Le GMF accès-réseau a conclu une entente avec un centre de prélèvements public à proximité (niveau 1 à 3)	<input type="checkbox"/>
Le GMF accès-réseau fournit les espaces requis afin que l'établissement de son territoire y installe un centre de prélèvements (niveau 4 à 12).	<input type="checkbox"/>

RADIOGRAPHIE SIMPLE ET ÉCHOGRAPHIE

Veuillez cocher la case suivante :

Le GMF accès-réseau a conclu une entente avec un laboratoire d'imagerie médicale couvrant toutes ses heures d'ouverture.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

⁵ Le GMF doit être en mesure de fournir la justification de ces visites le cas échéant.

VOLET UNIVERSITAIRE

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Dans le cas où le GMF possède une mission universitaire, le formulaire doit être également signé par le **directeur médical de la mission universitaire**.

NIVEAU DU GMF UNIVERSITAIRE

Veillez cocher si le GMF universitaire demande un niveau inférieur.

Veillez inscrire le niveau du GMF universitaire en fonction des données les plus récentes du Rapport 10 de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) **OU** du niveau inférieur, comme indiqué plus haut.

Niveau

RESSOURCES PROFESSIONNELLES (MISSION UNIVERSITAIRE)

Provenance des ressources	Nombre d'ETC octroyés par le Cadre de gestion GMF-U		Commentaires
Établissement	Infirmière clinicienne		
	AACQ		
	Infirmière auxiliaire		
	Agent administratif / Secrétaire médicale		
	Technicien en administration		
Hors établissement	Cadre intermédiaire		
	Infirmière auxiliaire		
	Agent administratif / Secrétaire médicale		
	Technicien en administration		
	Cadre intermédiaire		

APPRENANTS POUR L'ANNÉE À VENIR

Apprenants	Nombre d'apprenants attendus pour la prochaine année	Commentaires
Résident 1		
Résident 2		
Externe		
Étudiant(e) IPSPL		

OFFRE DE SERVICE POUR L'ANNÉE À VENIR

VOLET GMF SEULEMENT

Sites composant le GMF Jours de la semaine	<i>Exemple :</i> <i>Clinique du</i> <i>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 du GMF : <i>(exemple : 12h)</i>	Nombre d'heures d'ouverture couvertes par l'entente : <i>(exemple : 4h)</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 :		<i>Sans entente</i>	<i>Avec entente</i>
								TOTAL :	

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

Sites composant le GMF Jours de la semaine	<i>Exemple :</i> <i>Clinique du</i> <i>Jour</i>	Nom du site 6 :	Nom du site 7 :	Nom du site 8 :	Nom du site 9 :	Nom du site 10 :	Nombre d'heures d'ouverture couvertes par les sites du GMF : <i>(exemple : 12h)</i>	Nombre d'heures d'ouverture couvertes par l'entente : <i>(exemple : 4h)</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.) :								<i>Sans entente</i>	<i>Avec entente</i>						
												Somme des heures de services offertes :			
												TOTAL :			

VOLET ACCÈS-RÉSEAU SEULEMENT

Journée	<i>Exemple</i>	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Heures d'ouverture	<i>8h à 20h</i>							
Total /jour	<i>12h</i>							
Offre de service hebdomadaire :								

SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS DU GMF

Signature du médecin responsable du GMF

Signature du médecin responsable de la mission accès-réseau

Nom (lettres moulées)

Nom (lettres moulées)

Date

Date

Signature du directeur médical du GMF-U

Nom (lettres moulées)

Date

SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU DTMF

Les signatures du chef du DTMF, du PDG et du DM de l'établissement sont considérées par le MSSS comme étant l'approbation par ces derniers de la demande de reconduction des différentes missions du GMF.

Signature du PDG de l'établissement

Signature du DM de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Nom (lettres moulées)

Date

Date

Signature du DTMF

Signature du chargé de projet GMF de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Nom (lettres moulées)

Date

Date

Cochez si le DTMF reconnaît que le GMF a collaboré avec le DTMF dans l'effort régional concernant l'accès à des services de première ligne, en temps opportun, pour la population non inscrite au GMF.

ANNEXE

L'ensemble des documents concernant la révision annuelle doit être envoyé, par courriel à l'établissement, au plus tard le 1^{er} mars de chaque année, selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme GMF.

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES GMF

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* ;
- Entente de soutien à la pratique (mesure 8.4 du Programme GMF);
- Grille de reddition de compte pour les ressources embauchées hors GMF* ;
- Formulaire de remboursement des travaux d'aménagement* ;
- Lettre de demande de remboursement pour l'aide au démarrage.

*Ces documents se retrouvent sur le [site Internet du MSSS](#).

DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES GMF ACCÈS-RÉSEAU

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

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

* Ces documents se retrouvent sur le [site Internet du MSSS](#).