



## RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Ce formulaire doit être dûment signé par **le médecin responsable du GMF, le médecin responsable de la désignation accès-réseau dans le cas où il s'agit d'une personne différente, le Département territorial de médecine familiale (DTMF), ainsi que par le président-directeur général (PDG) et le directeur médical (DM) de l'établissement.** Cette demande doit être accompagnée d'une copie de l'entente avec l'établissement dont relèvera la mission accès-réseau et d'une copie de l'entente avec un laboratoire d'imagerie médicale conventionné ou public, le cas échéant. La demande et les autres documents doivent être transmis par courriel à l'établissement selon les coordonnées disponibles à l'annexe III du Programme de désignation accès-réseau pour les groupes de médecine de famille.

## IDENTIFICATION DU GMF

Nom du GMF :

## IDENTIFICATION DU SITE ACCÈS-RÉSEAU

Nom du site unique où seront offerts les services accès-réseau

Numéro RAMQ du site où seront offerts les services accès-réseau

Adresse du site où seront offerts les services accès-réseau (n°, rue, app.)

Ville, province

Code postal

Numéro de téléphone

Établissement dont relèvera la mission accès-réseau

Courriel administratif (pour toutes les communications en vertu du Programme GMF accès-réseau)

Nom du médecin responsable de la mission accès-réseau

## NIVEAU DE FINANCEMENT DEMANDÉ

Niveau demandé (1 à 4) :

Veuillez indiquer la date exacte où le GMF débutera l'offre de services accès-réseau : \_\_\_\_\_

Cette date doit être la même que celle indiquée dans l'entente entre le GMF accès-réseau et l'établissement.

## OFFRE DE SERVICE DU GMF ACCÈS-RÉSEAU POUR L'ANNÉE À VENIR

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

## RESSOURCES PROFESSIONNELLES POUR L'ANNÉE À VENIR

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

## CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS

Veillez cocher **une seule** des deux cases suivantes :

Le GMF accès-réseau a conclu une entente avec un centre de prélèvement public à proximité (niveau 1 à 3).

Le GMF accès-réseau fournit les espaces requis afin que le Centre intégré de son territoire y installe un centre de prélèvement (niveau 4).

## RADIOGRAPHIE SIMPLE ET ÉCHOGRAPHIE

Veillez cocher la case suivante :

Le GMF accès-réseau a conclu une entente avec un laboratoire d'imagerie médicale couvrant toutes ses heures d'ouverture.

VEUILLEZ VOUS ASSURER DE REMPLIR, EN ANNEXE DE CE FORMULAIRE, LA LISTE DES MÉDECINS QUI NE FONT PAS PARTIE DU GMF, MAIS QUI PARTICIPERONT À L'OFFRE DE SERVICE LIÉE À LA DÉSIGNATION ACCÈS-RÉSEAU.

## SIGNATURES DES MÉDECINS RESPONSABLES

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin responsable du GMF

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin responsable de la mission  
accès-réseau

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

## SIGNATURE DU CHEF DU DTMF ET DES MEMBRES DE L'ÉTABLISSEMENT

**Les signatures 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 d'adhésion au Programme GMF.**

\_\_\_\_\_  
Signature du DTMF

\_\_\_\_\_  
Signature du PDG de l'établissement

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du DM de l'établissement

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Date

