

## VOLET GMF

### RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

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

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<sup>er</sup> 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 <b>désignation accès-réseau</b> (Complétez également la section « Révision annuelle GMF accès-réseau »)	<input type="checkbox"/>
Le GMF possède un site ayant une <b>mission universitaire</b> (Complétez également la section « Révision annuelle GMF universitaire »)	<input type="checkbox"/>

### Le GMF se retrouve-t-il dans l'une de ces situations particulières<sup>1</sup>(cochez l'une des cases, si requis)?

Le GMF est situé sur un territoire de RLS de moins de 25 000 habitants

Le GMF est situé sur un territoire de RLS de 25 000 à 49 999 habitants

### 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"/>
Est-ce que le GMF a diminué ses engagements d'inscription collective ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, veuillez indiquer le nombre d'engagements d'inscription collective à soustraire du rapport 8 de la RAMQ (non pondéré) :		

### NIVEAU DU GMF POUR L'ANNÉE À VENIR

Veuillez cocher si le GMF demande un (1) niveau inférieur.	<input type="checkbox"/>
Veuillez inscrire le niveau du GMF en fonction des <u>données les plus récentes du Rapport 8</u> de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) <u>OU</u> du <u>niveau inférieur</u> , comme indiqué plus haut	Niveau

<sup>1</sup> Voir annexe IV du Programme GMF

## DOSSIER MÉDICAL ÉLECTRONIQUE (DME)

Nom du DME :

### RESSOURCES PROFESSIONNELLES (VOLET GMF SEULEMENT)

**Dans la dernière année**, le GMF a accueilli l'ensemble des ressources professionnelles (infirmières cliniciennes, professionnels et intervenants psychosociaux, autres professionnels et intervenants de la santé et des services sociaux) prévues par le Programme GMF :

Oui

Non

**Si non, veuillez compléter les sections suivantes :**

Le GMF n'a pas été en mesure d'intégrer la ou les ressource(s).

L'établissement n'a pas été en mesure d'octroyer la ou les ressource(s).

Veuillez préciser les ressources manquantes :	Catégorie d'emploi <u>volet GMF seulement</u>	Nombre d'équivalents temps plein (ETC) manquants	Commentaires GMF
	Infirmière clinicienne		
	Professionnels et intervenants psychosociaux		
	Autres professionnels et intervenants		

**PHARMACIEN**

Dans la prochaine année, le GMF a conclu 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"/>
---	--	--

**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 au GMF :	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 :**

--	--

**POUR L'ANNÉE FINANCIÈRE À VENIR :**

Pour l'année à venir, le GMF a conclu une entente avec le DM du DTMF, en cogestion avec le PDG, afin de déterminer le nombre de plages de disponibilité qu'il rend accessibles à la population non inscrite au GMF ainsi que leur modalité d'accès :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
--	------------------------------	------------------------------

**Si oui, veuillez compléter les sections suivantes :**

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 DM du DTMF, selon le tableau 7 de la section 4.5.2.2**

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 4.6.5 du Programme GMF) :	
--	--

## 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 (1) niveau inférieur	<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) <u>OU</u> du <u>niveau inférieur</u> , comme indiqué plus haut.	Niveau
Dans le cas où le GMF a offert des consultations pour les <b>patients sans numéro d'assurance maladie</b> , veuillez indiquer le nombre de consultations effectuées, <b>dans le cadre de sa mission accès-réseau</b> , pour la période comprise entre le 16 février de l'année précédente et le 15 février de l'année en cours <sup>2</sup> .	

### 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"/>
--	--------------------------

<sup>2</sup> 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

Veuillez cocher si le GMF universitaire demande un (1) niveau inférieur	<input type="checkbox"/>
Veuillez inscrire le niveau du GMF universitaire en fonction des <u>données les plus récentes du Rapport 10</u> de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) <u>OU</u> du <u>niveau inférieur</u> , comme indiqué plus haut.	Niveau

### APPRENTANTS 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 : 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 du GMF : <i>(exemple : 12h)</i>	Nombre d'heures d'ouverture couvertes par l'entente : <i>(exemple : 4h)</i>	
Lundi	8h à 20h								
Mardi	8h à 20h								
Mercredi	8h à 20h								
Jeudi	8h à 20h								
Vendredi	8h à 20h								
Samedi	10h à 14h								
Dimanche	10h à 14h								
Commentaires sur l'offre de service (alternance des sites, etc.) :						Somme des heures de services offertes :  TOTAL :	Sans entente	Avec entente	

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 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>
<b>Lundi</b>	<i>8h à 20h</i>							
<b>Mardi</b>	<i>8h à 20h</i>							
<b>Mercredi</b>	<i>8h à 20h</i>							
<b>Jeudi</b>	<i>8h à 20h</i>							
<b>Vendredi</b>	<i>8h à 20h</i>							
<b>Samedi</b>	<i>10h à 14h</i>							
<b>Dimanche</b>	<i>10h à 14h</i>							
<b>Commentaires sur l'offre de service (alternance des sites, etc.) :</b>						<b>Somme des heures de services offertes :</b>	<i>Sans entente</i>	<i>Avec entente</i>
						<b>TOTAL :</b>		

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>							
<b>Offre de service hebdomadaire :</b>								

## SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS DU GMF

---

Signature du médecin responsable du GMF

---

Nom (lettres moulées)

---

Date

---

Signature du médecin responsable de la mission accès-réseau

---

Nom (lettres moulées)

---

Date

---

Signature du directeur médical du GMF-U

---

Nom (lettres moulées)

---

Date

## SIGNATURES DES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTABLISSEMENT ET DU DTMF

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

### SIGNATURE DU PDG DE L'ÉTABLISSEMENT :

Le GMF a respecté toutes les obligations du Programme pour la dernière année

Le GMF n'a pas respecté toutes les obligations du Programme pour la dernière année.  
Préciser le manquement qui doit être appliqué au GMF :

Signature du PDG de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Date

### SIGNATURE DU DM DU DTMF DE L'ÉTABLISSEMENT :

Le GMF a respecté toutes les obligations du Programme pour la dernière année

Le GMF n'a pas respecté toutes les obligations du Programme pour la dernière année.  
Préciser le manquement qui doit être appliqué au GMF:

Signature du DM du DTMF de l'établissement

Nom (lettres moulées)

Date

## ANNEXE

L'ensemble des documents concernant la révision annuelle doit être envoyé, par courriel à l'établissement, **au plus tard** le 1<sup>er</sup> 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 4.6.4 du Programme GMF);
- Grille de reddition de compte pour l'ensemble du financement du 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](#).

### DOCUMENTS COMPLÉMENTAIRES GMF UNIVERSITAIRE

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

- Formulaire de remboursement des travaux d'aménagement et des équipements de démarrage d'un GMF-U\*.

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