



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 directeur médical (DM) du Département territorial de médecine familiale (DTMF), ainsi que le président directeur général (PDG) de l'établissement.** Cette demande doit être accompagnée d'une copie de l'entente avec l'établissement dont relèvera la mission accès-réseau.

La demande et les autres documents doivent être transmis par courriel à l'établissement selon les coordonnées disponibles 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 :

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 volet 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	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 l'établissement 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 établi un corridor de services avec un ou plusieurs laboratoires d'imagerie médicale situés à proximité.

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 DTMF ET DES REPRÉSENTANTS DE L'ÉTABLISSEMENT

Les signatures du DM du DTMF et du PDG de l'établissement constituent l'approbation officielle de la demande de désignation accès-réseau.

Signature du DM du DTMF

Signature du PDG de l'établissement

Nom (en lettres moulées)

Nom (en lettres moulées)

Date

Date

