

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Un projet GMF-U situé sur un site en établissement doit préalablement obtenir l'ajout d'une mission « centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) » avec l'unité de mesure « GMF U » au permis de l'installation avant de débiter la demande de désignation universitaire.

Le médecin responsable doit avoir reçu les résultats de l'évaluation préalable du nombre de patients inscrits pondérés auprès des médecins enseignants et IPSPL superviseurs avant d'envoyer le formulaire de demande d'adhésion.

L'évaluation doit dater de moins de 90 jours.

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

La demande doit être envoyée par courriel à l'établissement selon les coordonnées présentées à l'annexe VI du Programme GMF.

IDENTIFICATION DU GMF

Nom du GMF :

IDENTIFICATION DU SITE UNIVERSITAIRE

Courriel administratif du GMF-U

Nom de l'université partenaire

Nom du médecin directeur de la mission universitaire

LISTE DES SITES UNIVERSITAIRE

Nom du site universitaire	Adresse complète du site où seront effectuées les activités d'enseignement (no, rue, app, ville, province, code postal...)	Numéro de facturation RAMQ	Cocher si le site est en établissement

NIVEAU DE FINANCEMENT DEMANDÉ

Nombre de patients inscrits pondérés à l'ensemble des médecins enseignants et IPSPL superviseurs selon le résultat de l'évaluation de patients inscrits pondérés datant de moins de 90 jours :

Veillez cocher si le GMF demande un niveau inférieur :

Niveau demandé (liste déroulante de 1 à 9) :

RESSOURCES PROFESSIONNELLES POUR L'ANNÉE À VENIR (à compléter pour les sites en cabinet privé seulement)

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

APPRENANTS POUR L'ANNÉE À VENIR

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

SIGNATURES DES MÉDECINS RESPONSABLES

Signature du médecin responsable du GMF

Signature du médecin directeur médical du GMF-U

Nom (en lettres moulées)

Nom (en lettres moulées)

Date

Date

SIGNATURE DU DM DU DTMF, DU PDG DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE L'UNIVERSITÉ

Les signatures du DM du DTMF, du PDG et du doyen de la faculté de médecine de l'université partenaire constituent l'approbation officielle de la demande de désignation universitaire.

Signature du DM du DTMF

Signature du PDG de l'établissement

Nom (en lettres moulées)

Nom (en lettres moulées)

Date

Date

Signature du doyen de la faculté de médecine de
l'université partenaire

Nom (en lettres moulées)

Date

