

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FORMATION COMPLÉMENTAIRE

SECTION I - Identification

Nom du résident	Téléphone	
Adresse (no civique, rue, ville, province, code postal)	Courriel	
Programme actuel	Niveau de résidence actuel	Cohorte
Université d'attache	Date prévue de fin de la formation actuelle (aaaa-mm-jj)	

SECTION II – Nature de la formation complémentaire demandée Remplir la partie a) OU la partie b)

a) **Programme de résidence** en vue d'obtenir un autre certificat du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) ou du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC).

Cochez une seule case parmi les suivantes :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie générale pédiatrique | <input type="checkbox"/> Médecine maternelle et fœtale |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie oncologique | <input type="checkbox"/> Médecine palliative |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie thoracique | <input type="checkbox"/> Oncologie gynécologique |
| <input type="checkbox"/> Clinicien érudit (CMFC) | <input type="checkbox"/> Oncologie médicale |
| <input type="checkbox"/> Génétique médicale | <input type="checkbox"/> Soins aux personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Endocrinologie gynécologique de la reproduction et infertilité | <input type="checkbox"/> Médecine de l'adolescence et Pédiatrie du développement |
| <input type="checkbox"/> Autre programme, précisez : _____ | |

b) **Stage de perfectionnement, de résidence ou *fellowship***

- Toute autre formation complémentaire qui ne mène pas à un certificat, spécifiez le programme : _____

SECTION III – Lieu et durée de la formation complémentaire

Université : _____

Établissement : _____

Organisme, s'il y a lieu : _____

Responsable du stage : _____

Durée prévue : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____
(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

SECTION IV – Description et justification de la formation

Cette section doit être complétée pour décrire et justifier la formation identifiée au point IIa et IIb (mettez le plus de détails possible sans dépasser l'espace prévu).

SECTION V – Recrutement (si déterminé)

Cochez une seule des trois cases :

- Universitaire : complétez les **sections VI à X**
Dans le cas d'une formation complémentaire pour un recrutement dans un établissement universitaire, la faculté qui soumet votre demande est celle où vous serez recruté à l'issue de cette formation.
- Non-universitaire : complétez les **sections VI à IX**
Dans le cas d'une formation complémentaire pour un recrutement dans un établissement non-universitaire, la faculté qui soumet votre demande est celle où vous allez suivre cette formation.
- Indéterminé : expliquez à la section III et complétez les **sections VI à VIII**

SECTION VI – Formation supplémentaire

Veillez indiquer si, au terme de cette formation complémentaire, vous prévoyez faire une formation supplémentaire à l'extérieur du Québec.

Cochez une seule des deux cases :

- Oui - Complétez Non – Allez à la section suivante

Établissement ou université

Ville

Pays

Durée prévue

Description et justification de cette formation supplémentaire (mettez le plus de détails possible sans dépasser l'espace prévu) :

SECTION VII – Signature du résident

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du résident



SECTION VIII – Directeur de programme de résidence¹

Directeur du programme de résidence de la Faculté où vous effectuerez votre formation

Nom du programme

Nom du directeur

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du directeur du programme de résidence

SECTION IX – Directeur des services professionnels de l'établissement qui vous recrute (DSP)

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de l'établissement.

Nom de l'établissement

Nom du directeur des services professionnels

Date (aaaa-mm-jj)

Signature du directeur des services professionnels

Vous devez joindre à votre formulaire dûment complété et signé, la lettre d'engagement du DSP confirmant qu'un poste au plan des effectifs médicaux de l'établissement (PEM) souhaitant vous recruter a été réservé pour vous.

Si aucun poste n'est disponible au PEM, le MSSS souhaite obtenir un argumentaire de la part du DSP documentant le besoin par l'établissement de votre recrutement.

Enfin, si aucun établissement ne soutient votre recrutement, il vous est suggéré de présenter un argumentaire étoffé, en lien avec les besoins prioritaires de la population québécoise, justifiant votre formation complémentaire.

SECTION X – Faculté de médecine qui vous recrute (recrutement universitaire seulement)

J'atteste que la formation complémentaire répond aux besoins de la faculté.

Nom du représentant

Titre du représentant autorisé de la faculté

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

¹ Exemple : programme de cardiologie et non hémodynamie.

Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales des facultés de médecine du Québec



SECTION XI – Conférence des vice-doyens aux études médicales postdoctorales (CVDFM)

Nom

Titre

Date de la réunion (aaaa-mm-jj)

Signature

Commentaires de la CVDFM :

SECTION XII – Ministère de la Santé et des Services sociaux

Cochez une seule des deux cases :

Financement par la RAMQ accepté

Financement par la RAMQ refusé

Nom

Titre

Date (aaaa-mm-jj)

Signature

Commentaires du MSSS :