

**INSCRIPTION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES
(INSTALLATIONS PUBLIQUES ET CABINETS PRIVÉS)
AU CENTRE DE RÉPARTITION DES DEMANDES DE SERVICES (CRDS)
DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS**

*SVP remplir l'inscription ci-jointe afin d'officialiser votre participation au CRDS de l'Estrie
et la retourner à l'adresse suivante : crds.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca
ou au télécopieur suivant : 819-829-3249*

Pour toute question, veuillez communiquer avec nous au 819-346-1110, poste : 13050 ou 22828.

COORDONNÉES DU SPÉCIALISTE

Nom du médecin : _____

Numéro du permis : _____

Spécialité médicale : _____

Numéro de téléphone pour vous joindre : _____

Adresse courriel : _____

**Il est important de compléter les sections A et B,
si vous travaillez dans une installation publique et en cabinet privé.**

SECTION A - MÉDECIN SPÉCIALISTE PRATIQUANT DANS UNE INSTALLATION PUBLIQUE

Lieu de pratique : _____

Je désire conserver mes plages horaires actuelles dans les installations suivantes pour de nouvelles demandes de services (consultations).

Hôtel-Dieu de Sherbrooke et Hôpital Fleurimont	<input type="checkbox"/>	Hôpital de Granby	<input type="checkbox"/>
Hôpital et centre d'hébergement Argyll	<input type="checkbox"/>	Hôpital d'Asbestos	<input type="checkbox"/>
Hôpital de Magog	<input type="checkbox"/>	Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	<input type="checkbox"/>
Hôpital de Coaticook	<input type="checkbox"/>	Hôpital de Lac-Mégantic	<input type="checkbox"/>
Autres : <input type="checkbox"/> _____			

Je désire modifier mes plages horaires ou offrir des plages horaires supplémentaires pour de nouvelles demandes de services (consultations). Une agente du CRDS communiquera avec moi afin de mettre à jour mes données.

SECTION B - MÉDECIN SPÉCIALISTE PRATIQUANT DANS UNE CLINIQUE ASSOCIÉE

Le CRDS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS me transférera de nouvelles demandes de services (consultations) en respectant les particularités inscrites ici-bas.

COORDONNÉES DU CABINET PRIVÉ

Nom du cabinet privé : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro de télécopieur : _____

Adresse courriel : _____

Secrétaire responsable du lien entre le cabinet et le CRDS (et numéro de téléphone si différent du cabinet) :

OFFRE DE SERVICE DU CABINET PRIVÉ

Type de clientèle : Adulte Pédiatrique

Particularités ou diagnostics : _____

Frais accessoires s'il y a lieu : _____

SVP identifier les jours ainsi que le nombre de nouvelles demandes de service par jour sur les calendriers de l'annexe C.

(Exemple : pour le 3 octobre, deux nouvelles demandes de services (consultations).

Signature du médecin spécialiste

SECTION C ANNEXE CALENDRIER DES DISPONIBILITÉS

Vous référez aux consignes de la section A pour un horaire en installation publique.

Vous référez aux consignes de la section B pour un horaire en cabinet privé.

Nom de l'installation ou du cabinet privé :

Janvier 2019

	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
	31	1	2	3	4	7	8	9	10	11	14	15	16	17	18	21	22	23	24	25	28	29	30	31	1
A.M.	F	F	F																						
P.M.	F	F	F																						

Février 2019

	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	1					
A.M.																									
P.M.																									

Mars 2019

	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
	4	5	6	7	8	11	12	13	14	15	18	19	20	21	22	25	26	27	28	29					
A.M.																									
P.M.																									

Avril 2019

	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
	1	2	3	4	5	8	9	10	11	12	15	16	17	18	19	22	23	24	25	26	29	30			
A.M.															F	F									
P.M.															F	F									

Mai 2019

	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
			1	2	3	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	20	21	22	23	24	27	28	29	30	31
A.M.																F									
P.M.																F									

Juin 2019

	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V					
	3	4	5	6	7	10	11	12	13	14	17	18	19	20	21	24	25	26	27	28					
A.M.																F									
P.M.																F									

Type de rendez-vous

N : nouveau cas

S : suivi

A : autres (préciser)

****Une fois l'implantation de l'APSS terminée, le CRDS – Centrale des rendez-vous vous demandera vos horaires 2X/année ****