

INSCRIPTION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES (Installations publiques et cabinets associés) au Centre de répartition des demandes de services (CRDS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS

SVP remplir cette inscription afin d'officialiser votre participation au CRDS de l'Estrie et la retourner à l'une des adresses suivantes :

crdsprivee.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca (cabinet associé)

crds.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca (installation publique)

Pour toute question pour les médecins spécialistes pratiquant dans les **cliniques associées**,
veuillez communiquer avec nous au 819-346-1110, **poste 13060**.

Pour toute question pour les médecins spécialistes pratiquant dans les **installations publiques**,
veuillez communiquer avec nous au 819-346-1110, **poste 13050**.

COORDONNÉES DU MÉDECIN SPÉCIALISTE

Nom du médecin : _____
Numéro du permis : _____
Spécialité médicale : _____
N° de téléphone pour vous joindre : _____
Adresse courriel : _____

Si vous travaillez dans une **installation publique et en cabinet associé**, compléter les sections **A, B et C**

Si vous travaillez en **cabinet associé seulement**, compléter les sections **B et C**

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) en plus de l'ouverture de plages horaires en cabinet associé.

<input type="checkbox"/> 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 : _____	

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 ci-dessous.

COORDONNÉES DU CABINET ASSOCIÉ

Nom du cabinet associé : _____

Adresse :

N° de téléphone :

N° de télécopieur (**INFORMATION OBLIGATOIRE**) :

Adresse courriel :

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

SECTION C - Offre de service du cabinet associé

Type de clientèle : Adulte Pédiatrique

Code de priorité : B C D E

LISTE DES PARTICULARITÉS QUE nous pouvons diriger à votre **cabinet associé** :

Patient accepté avec interprète :

Oui Non

Patient accepté pas de requête papier (demande interne) :

Oui Non

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Frais accessoires s'il y a lieu : _____

Type de clientèle : Adulte Pédiatrique

Code de priorité : B C D E

LISTE DES PARTICULARITÉS nécessitant d'être planifiées en **installation publique** :

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Signature du médecin spécialiste : _____