

1. Identification du médecin qui accepte le transfert

Nom du médecin	Prénom du médecin	Numéro de pratique
----------------	-------------------	--------------------

2. Identification du médecin qui prend sa retraite, réoriente sa pratique, déménage ou est décédé

Nom du médecin	Prénom du médecin	Numéro de pratique	
Situation du médecin <input type="checkbox"/> Retraite totale <input type="checkbox"/> Retraite progressive Est-ce le premier transfert du médecin vers celui qui accepte le transfert? → <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Réorientation et cessation de prise en charge et de suivi <input type="checkbox"/> Déménagement dans un lieu ne permettant plus la prise en charge de sa clientèle. Précisez le lieu ci-dessous. → Numéro du lieu de suivi Nom du lieu de suivi <input type="checkbox"/> Décès. Précisez ci-dessous le coordonnateur médical local. → Nom du coordonnateur médical local Prénom du coordonnateur médical local Numéro de pratique Numéro d'établissement			

3. Type de transfert : Individuel

Date du transfert ANNÉE MOIS JOUR	Nombre de patients transférés au médecin indiqué à la section 1		
Identification du lieu où seront suivis les patients			
Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi	Numéro de téléphone	
Numéro	Rue		
Ville	Province	Code postal	

Si vous avez besoin d'espace additionnel, vous pouvez compléter les informations sur une feuille séparée.

4. Type de transfert : À un groupe de médecins ayant le même lieu de suivi que celui du médecin indiqué à la section 2

Veillez joindre, dans un même envoi, tous les formulaires remplis et signés par les médecins visés par la prise en charge en bloc (effectuée par un groupe de médecins) de la totalité des patients inscrits auprès du médecin indiqué à la section 2. Si les transferts ne visent pas la totalité de la clientèle du médecin ou si le lieu de suivi n'est pas le même, il s'agit de transferts individuels. Veillez remplir la section 3 et vous assurer de respecter les conditions applicables au transfert individuel.

Date du transfert ANNÉE MOIS JOUR	Nombre de patients transférés au médecin indiqué à la section 1		
Lieu de suivi habituel des patients du médecin indiqué à la section 2			
Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi		
Identification du lieu où seront suivis les patients Pour un transfert en bloc de patients inscrits à un groupe de médecins, le lieu de suivi doit être le même que celui du médecin indiqué à la section 2.			
Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi	Numéro de téléphone	
Numéro	Rue		
Ville	Province	Code postal	

