

ANNEXE XIX

DEMANDE D'ALLOCATION DU FONDS DE FORMATION POUR LA FORMATION EN LIGNE EN GROUPE

Nom du responsable de groupe : _____ N° de pratique : _____

Titre 1 : _____ Durée : ____ h n° act. (groupe) : _____

Titre 2 : _____ Durée : ____ h n° act. (groupe) : _____

Titre 3 : _____ Durée : ____ h n° act. (groupe) : _____

Titre 4 : _____ Durée : ____ h n° act. (groupe) : _____

Titre 5 : _____ Durée : ____ h n° act. (groupe) : _____

Titre 6 : _____ Durée : ____ h n° act. (groupe) : _____

Date de l'activité : _____ Lieu : _____

Org. Resp. : **FMOQ** Durée totale : 3.00 h 6.00 h

- | | | |
|-----|--|-------------------------------------|
| 1 | Le thème ou le sujet est de nature médicale au sens reconnu par le Collège des médecins du Québec. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2 | L'organisme responsable est agréé par le Collège des médecins du Québec pour les fins de la formation médicale continue, ou l'organisme responsable non agréé s'est associé à un organisme dûment agréé pour les fins de la formation médicale continue. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. | L'activité éducative proposée paraît structurée. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. | L'activité éducative proposée respecte les normes d'éthique du CQDPCM. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. | La durée de l'activité est précisée. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6. | Les critères pour l'attribution de crédits de catégorie 1 ont été respectés. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.1 | L'identité du médecin omnipraticien qui a élaboré l'activité ou qui a participé à son élaboration est connue. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.2 | Une détermination des besoins a précédé l'activité éducative. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.3 | Des objectifs d'apprentissage adaptés aux besoins déterminés ont été formulés. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.4 | La méthode éducative utilisée est indiquée. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.5 | Une synthèse des évaluations remises par les participants est disponible. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. | Activité répondant aux critères de crédits de catégorie 1. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. | Durée de trois heures ou plus. | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. | Demande soumise avant la tenue de l'activité. | <input checked="" type="checkbox"/> |

Réservé à la FMOQ

Date d'approbation : _____

 Claude Guimond, m.d. Directeur de la Formation professionnelle à la Fédération des Médecins Omnipraticiens du Québec