

ANNEXE XIX

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

Les formulaires doivent être téléchargés, complétés et sauvegardés avant d'être soumis par courriel (via votre messagerie) à : fmc.dc@fmoq.org
Cliquez pour voir la procédure.

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

Une copie de ce formulaire approuvé par la FMOQ doit être remis à tous les participants

- | | | |
|-----|--|-------------------------------------|
| 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