

## ANNEXE XII

## DEMANDE DE RESSOURCEMENT 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