**LETTRE D’ENTENTE 327**

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT**

**1. Identification du médecin responsable du groupe concerté**

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom Nom Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Courriel Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

 **2. Identification de l’établissement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du CHSLDCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | VilleCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro de l’établissementCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**3. Date de reconnaissance initiale du groupe concerté**

|  |
| --- |
| Date Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**4. Identification des médecins qui composent le groupe concerté, c’est-à-dire qui font de la prise en charge et du suivi au CHSLD. Si un nouveau membre s’ajoute au groupe, ce dernier doit compléter le formulaire d’engagement suivant :** [**http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4413.pdf**](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/formulaires/4413.pdf)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe? Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]   |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Numéro du professionnelCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | S’agit-il d’un ajout au groupe?Oui [ ]  |

**5. Si des médecins ont quitté le groupe depuis l’an dernier, veuillez écrire le nom du ou des médecins concernés.**

|  |
| --- |
| Prénom et nomCliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Signature du médecin responsable

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Le médecin responsable confirme que les médecins du groupe dont les noms sont inscrits sur le formulaire reconnaissent être adhérents au groupe concerté**

Transmettez ce formulaire par courriel à ipare@fmoq.org et francois.gingras@msss.gouv.qc.ca