

**Identité du médecin**

NOM ET PRÉNOM \_\_\_\_\_ NUMÉRO \_\_\_\_\_

**Période d'assignation**

DU Année Mois Jour \_\_\_\_\_ AU Année Mois Jour \_\_\_\_\_

**Charge professionnelle**

(ETC signifie « équivalent temps complet »)

NOM DU CENTRE HOSPITALIER _____	NUMÉRO _____	<input type="checkbox"/> PÉDIATRIE <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> NEUROPATHOLOGIE <sup>2</sup>	CHARGE A (ETC) _____	CHARGE B (ETC) _____	CHARGE C (ETC) _____	CHARGE TOTALE _____
---------------------------------	--------------	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	---------------------

LETTRE D'ENTENTE N° 189  A  B  C  D

SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE OU DE DÉPARTEMENT \_\_\_\_\_

DATE Année Mois Jour \_\_\_\_\_

NOM DU CENTRE HOSPITALIER _____	NUMÉRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
---------------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------

LETTRE D'ENTENTE N° 189  A  B  C  D

SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE OU DE DÉPARTEMENT \_\_\_\_\_

DATE Année Mois Jour \_\_\_\_\_

NOM DU CENTRE HOSPITALIER _____	NUMÉRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
---------------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------

LETTRE D'ENTENTE N° 189  A  B  C  D

SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE OU DE DÉPARTEMENT \_\_\_\_\_

DATE Année Mois Jour \_\_\_\_\_

NOM DU CENTRE HOSPITALIER _____	NUMÉRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
---------------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------

LETTRE D'ENTENTE N° 189  A  B  C  D

SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE OU DE DÉPARTEMENT \_\_\_\_\_

DATE Année Mois Jour \_\_\_\_\_

NOM DU CENTRE HOSPITALIER _____	NUMÉRO _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
---------------------------------	--------------	--------------------------	--------------------------	-------	-------	-------	-------

LETTRE D'ENTENTE N° 189  A  B  C  D

SIGNATURE DU CHEF DE SERVICE OU DE DÉPARTEMENT \_\_\_\_\_

DATE Année Mois Jour \_\_\_\_\_

**TOTAL GLOBAL** \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> et <sup>2</sup> : Veuillez consulter la section charge professionnelle et l'encadré des renseignements supplémentaires.

Note : Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'une modification de charge intervient en cours d'année. L'ensemble de la charge professionnelle doit toujours être décrit.

Avis : La Régie considère que ce document a été vérifié par les signataires du présent avis d'assignation et que les renseignements transmis sont exacts et complets.

**Information complémentaire**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Une copie du présent avis d'assignation doit être envoyée à la RAMQ et au MSSS selon les coordonnées apparaissant au bas du formulaire.	SIGNATURE DU MÉDECIN ANATOMO-PATHOLOGISTE _____	Date Année Mois Jour _____
---	---	----------------------------

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Ce formulaire doit être complété et envoyé à la Régie au plus tard soixante 60 jours avant le début de l'année civile, ainsi que chaque fois qu'une modification de la charge intervient en cours d'année. L'ensemble de la charge professionnelle doit toujours être décrit.

### PÉRIODE D'ASSIGNATION

- Inscrire la date de début et la date de fin de la période d'assignation pour la charge professionnelle mentionnée. Cette charge s'étale sur une année civile, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre.

NOTE : Il est possible que la période indiquée diffère si un médecin commence sa pratique ou modifie sa charge en cours d'année, mais elle doit respecter les périodes de facturation, soit débiter un dimanche et se terminer un samedi. Dans un tel cas, indiquer la période visée par cette charge, sans jamais dépasser le 31 décembre de l'année en cours pour la date de fin.

### LETTRÉ D'ENTENTE N°189

Cette section ne doit être complétée que par les médecins ayant été désignés par les parties négociantes aux dispositions de la Lettre d'entente n° 189. Veuillez indiquer (en cochant la case correspondante) la catégorie pour laquelle l'établissement a été désigné par les parties négociantes en prenant soin d'inscrire la charge additionnelle correspondante.

### CHARGE PROFESSIONNELLE (ETC signifie « équivalent temps complet »)

- Inscrire le nom et le numéro du centre hospitalier concerné.
- Indiquer le type de pratique, en cochant la case appropriée, **seulement** s'il s'agit d'une pratique en pédiatrie ou en neuropathologie (voir l'encadré ci-dessous). Dans le cas contraire, la charge sera évaluée en fonction du type de centre hospitalier où exerce le médecin.

### Charge A

- Indiquer la charge professionnelle correspondante dans la colonne « Charge A » :
  - une pleine charge équivaut à 1 ETC
  - une charge partielle ou supérieure à une pleine charge doit être inscrite par tranche ou multiple de 0,05 ETC.

### PÉDIATRIE

La charge professionnelle attribuée à un médecin ayant une pratique en pédiatrie ne peut, **pour la partie de sa pratique pédiatrique**, dépasser 1 ETC.

Pour un même établissement, la pratique pédiatrique doit être indiquée sur une ligne distincte.

Une désignation des parties négociantes est **obligatoire** pour le médecin qui indique une pratique pédiatrique dans un établissement. Toutefois, aucune désignation n'est requise pour le médecin qui exerce au CHU Sainte-Justine de Montréal ou au CUSM – site Glen.

### NEUROPATHOLOGIE

La charge professionnelle attribuée à un médecin ayant une pratique en neuropathologie ne peut, pour l'ensemble de sa pratique, dépasser 1 ETC.

Pour un même établissement, la pratique en neuropathologie doit être indiquée sur une ligne distincte.

Une désignation des parties négociantes est **obligatoire** pour le médecin qui indique une pratique en neuropathologie.

### Charge B

- Indiquer si le professionnel agit à titre de chef de département ou de service ou à titre de médecin responsable et inscrire la charge correspondante dans la colonne « Charge B ».

Nombre de médecin ETC	Charge à indiquer
Moins de 4 ETC médecins anatomo-pathologistes	0,1 ETC
De 4 à moins de 10 ETC médecins anatomo-pathologistes	0,2 ETC
De 10 à moins de 20 ETC médecins anatomo-pathologistes	0,3 ETC
20 ETC médecins anatomo-pathologistes et plus	0,4 ETC

La charge peut être répartie entre plusieurs médecins responsables par tranche ou multiple de 0,1 ETC.

### Charge C

- Indiquer si le professionnel effectue des activités de prise en charge d'un laboratoire de biologie moléculaire.
- Dans la colonne « Charge C », inscrire une charge de 0,1 ETC.

### Charge totale

- Inscrire le total de la charge pour chaque ligne dans la colonne « Charge totale » en additionnant les colonnes « Charge A », « Charge B » et « Charge C ».

### Total global

- Inscrire la somme des charges totales calculées au préalable dans la case prévue à cet effet.
- La charge professionnelle totale attribuée à un médecin ne peut excéder 1,5 ETC. Pour la pratique pédiatrique et la neuropathologie, voir l'encadré ci-dessus.

### SIGNATURES

Le chef du département ou du service d'anatomo-pathologie de chacun des centres hospitaliers, ou la personne qui en assume les responsabilités, doit contresigner l'avis d'assignation et indiquer la date de la signature.

Le médecin anatomo-pathologiste doit signer et indiquer la date de la signature au bas du formulaire.