

1. Identification du médecin qui accepte le transfert

Prénom du médecin	Nom du médecin	Numéro de pratique 1
-------------------	----------------	-------------------------

2. Identification du médecin qui transfère ses patients

Prénom du médecin	Nom du médecin	Numéro de pratique 1
-------------------	----------------	-------------------------

Situation du médecin

- Retraite totale
 Retraite progressive
 Réorientation et cessation de prise en charge et de suivi
 Radiation permanente ou abandon de la pratique
 Radiation provisoire de plus de 24 mois

Date de début de la radiation	Date de fin de la radiation
ANNÉE MOIS JOUR	ANNÉE MOIS JOUR

- Non-participation ou désengagement
 Déménagement dans un lieu ne permettant plus la prise en charge de sa clientèle. Précisez le lieu ci-dessous.

Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi
-------------------------	----------------------

- Décès. Précisez ci-dessous le coordonnateur médical local.

Prénom du coordonnateur médical local	Nom du coordonnateur médical local	Numéro de pratique	Numéro d'établissement
---------------------------------------	------------------------------------	--------------------	------------------------

3. Informations sur le transfert

Type de transfert

- Groupe
 Individuel
 Est-ce le premier transfert du médecin vers celui qui accepte le transfert?
 Oui Non

Date du transfert	Nombre de patients transférés au médecin indiqué à la section 1
ANNÉE MOIS JOUR	

4. Lieu où seront suivis les patients

Identification du GMF (s'il y a lieu)

Numéro du GMF	Nom du GMF
---------------	------------

Identification du lieu où seront suivis les patients

Numéro du lieu de suivi	Nom du lieu de suivi	Numéro de téléphone (public ¹)
Numéro	Rue	
Ville	Province	Code postal
Nom de la personne-ressource	Numéro de téléphone (privé ²)	Poste

1. Numéro de téléphone transmis au patient pour la prise d'un rendez-vous.
 2. Numéro de téléphone de la clinique pour que nous puissions joindre la personne-ressource rapidement.

S'il s'agit d'une entente de transfert pour la prise en charge en bloc par un **groupe de médecins**, veuillez joindre, dans un même envoi, tous les formulaires remplis et signés par les médecins visés par la prise en charge en bloc. Assurez-vous également de remplir la section 5.

