

1. Identification des médecins membres d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD)

Les médecins ci-après identifiés reconnaissent avoir pris connaissance des dispositions de la *Lettre d'entente n° 336* et déclarent les accepter.

1	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
2	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
3	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
4	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
5	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
6	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
7	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
8	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
9	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
10	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
11	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
12	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
13	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
14	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel
15	Prénom	Nom	Horaire dans l'équipe médicale de SIAD <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Temps plein	Numéro du professionnel

2. Identification de l'établissement

Je reconnais faire partie depuis le _____ de l'équipe médicale de SIAD de médecins qui a demandé au comité paritaire d'être reconnue afin d'assurer la prestation continue des services au bénéfice des patients inscrits dans le ou les CLSC mentionnés ci-dessous.

Année Mois Jour

Nom du CLSC	Ville	Numéro de l'établissement

3. Informations sur les patients recevant des soins à domicile (SAD) du CLSC (section à remplir par le médecin responsable)

Nombre de patients recevant des SAD	Nombre de patients potentiels qui pourraient recevoir des SIAD	Distance des visites en km à partir du CLSC de rattachement
Je confirme que tous les patients recevant des SIAD sont des patients en perte sévère d'autonomie ou en phase de soins palliatifs ayant des conditions sévères et instables, telles des conditions chroniques ou terminales.		
SIGNATURE DU MÉDECIN RESPONSABLE		Date
X		Année Mois Jour

4. Engagement

En contrepartie de la reconnaissance par le comité paritaire de l'équipe médicale de SIAD de médecins dont je fais partie, je m'engage :

- i) à ce que l'équipe médicale de SIAD dont je fais partie assure la prestation continue des services au bénéfice des patients recevant des SIAD du ou des CLSC mentionnés ci-dessus;
- ii) à participer de façon active à la garde en disponibilité, à la garde médicale de deuxième ligne, à la prise en charge et à la prestation continue des services en assumant personnellement la prestation des services pour la période qui m'a été assignée par le médecin responsable de l'équipe médicale de SIAD du ou des CLSC visés;
- iii) dans l'éventualité où je ne pourrais pas respecter mon engagement au cours d'une journée ou d'une période prolongée, à effectuer toutes les démarches nécessaires pour me faire remplacer par un autre médecin, membre de l'équipe médicale de SIAD ou non, afin d'assurer l'accessibilité et la continuité des soins selon les modalités définies dans la *Lettre d'entente n° 336*.

En cas de non-respect de l'engagement de l'équipe médicale de SIAD, je reconnais que l'ensemble des médecins de l'équipe médicale de SIAD devra rembourser le total des forfaits décrits au paragraphe 4.01 de la *Lettre d'entente n° 336* pour le trimestre visé, sauf les cas autorisés par le comité paritaire.

De plus, j'autorise la Régie de l'assurance maladie du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à s'échanger mutuellement les renseignements qui me concernent et dont la communication est nécessaire aux fins de l'application de la *Lettre d'entente n° 336*.

1	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
2	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
3	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
4	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
5	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
6	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
7	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
8	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
9	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
10	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
11	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
12	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
13	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
14	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour
15	SIGNATURE DU MÉDECIN X	Signé à	Date Année Mois Jour

Transmettez ce formulaire au directeur des services professionnels.

Celui-ci l'enverra aux adresses courriels suivantes : comite.paritaire.fmoq@msss.gouv.qc.ca et le336@fmoq.org.

Ce formulaire n'a pas à être transmis à la Régie.