

## Modification d'une équipe médicale de soins intensifs à domicile (SIAD) existante

Remplissez les sections 1 et 5.

Selon votre situation, remplissez également les sections 2, 3 ou 4.

## 1. Identification du médecin responsable de l'équipe médicale SIAD

Identification du médecin responsable actuel de l'équipe médicale SIAD		
Prénom	Nom	Numéro du professionnel
Courriel		
Identification du ou des CLSC		
Nom du CLSC		Numéro d'établissement
Nom du CLSC		Numéro d'établissement
Nom du CLSC		Numéro d'établissement
Nom du CLSC		Numéro d'établissement

## 2. Modification à une équipe médicale SIAD existante

Identification des médecins à ajouter ou à retirer			
<input type="checkbox"/> Ajout	SIGNATURE	Prénom	Numéro du professionnel
<input type="checkbox"/> Retrait		X _____	Nom
<input type="checkbox"/> Ajout	SIGNATURE	Prénom	Numéro du professionnel
<input type="checkbox"/> Retrait		X _____	Nom
<input type="checkbox"/> Ajout	SIGNATURE	Prénom	Numéro du professionnel
<input type="checkbox"/> Retrait		X _____	Nom
<input type="checkbox"/> Ajout	SIGNATURE	Prénom	Numéro du professionnel
<input type="checkbox"/> Retrait		X _____	Nom
<input type="checkbox"/> Ajout	SIGNATURE	Prénom	Numéro du professionnel
<input type="checkbox"/> Retrait		X _____	Nom

## 3. Changement du médecin responsable de l'équipe médicale SIAD

Identification du nouveau médecin responsable			
SIGNATURE	Prénom	Nom	Numéro du professionnel
	X _____	Date d'entrée en vigueur Année Mois Jour	
	Courriel		

#### 4. Ajout d'un médecin remplaçant à une équipe médicale SIAD

Identification du médecin remplacé				
SIGNATURE  X _____	Prénom			Numéro du professionnel
	Nom		Date de début Année Mois Jour	Date de fin Année Mois Jour
Identification du médecin remplaçant				
SIGNATURE  X _____	Prénom			Numéro du professionnel
	Nom		Date de début Année Mois Jour	Date de fin Année Mois Jour

#### 5. Engagement

Je reconnais que les médecins ont pris connaissance des dispositions de la Lettre d'entente n° 336 et déclarent les accepter.				
<b>SIGNATURE DU MÉDECIN RESPONSABLE ACTUEL DE L'ÉQUIPE MÉDICALE SIAD</b> Lors d'un changement de médecin responsable de l'équipe médicale SIAD, le médecin qui quitte l'équipe doit signer.				
X _____	Date			Année Mois Jour

Le médecin responsable du groupe doit transmettre ce formulaire à [registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca](mailto:registraire.docofficiels@ramq.gouv.qc.ca).