Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec

FMSQ

DEMANDE DE DÉSIGNATION CLINIQUE D'ÉVALUATION PRÉOPÉRATOIRE

1 Renseignements sur l'établissement et l'installation

Établissement ****VEUILLEZ CHOISIR UN ÉTABLISSEMENT**********	**Installation** ****VEUILLEZ CHOISIR UNE INSTALLATION *******
Personne-ressource qui présente la demande	**Courriel de la personne-ressource**
Chef de département d'anesthésiologie	**Nombre d'anesthésiologistes inscrits au PEM de l'installation**

2 Renseignements sur l'organisation de service à l'installation voulant bénéficier de la désignation

Est-ce que la clinique préopératoire se retrouve dans un lieu physique précis comprenant une salle d'examen, une salle de travail, une salle d'attente et des bureaux ?

Non ○ Oui ● **Expliquez l'organisation du service de la clinique préopératoire :**

Nombre de services par semaine, du lundi au vendredi, consacré à la clinique d'évaluation préopératoire	**Pourcentage de la clientèle qui a moins de 14 ans vu en clinique d'évaluation préopératoire** %

3 Renseignements sur le fonctionnement de la clinique préopératoire

Existe-t-il une structure et/ou équipe multidisciplinaire dédiée à la clinique d'évaluation préopératoire impliquant des infirmières dans la collecte des données, le triage des patients et certaines évaluations préopératoires ?

Non ● Oui ○ **Expliquez la structure :**

L'équipe multidisciplinaire de la clinique est composée des différents professionnels suivants, veuillez indiquer le nombre pour chacun:

Infirmier(ère) Infirmier(ère) clinicien(ne) Anesthésiologiste Agent administratif

Autre (précisez) (Chirurgien, inhalothérapeute, médecin omnipraticien, etc.)

Existe-t-il un formulaire de triage et/ou un questionnaire d'évaluation prévue pour la clinique ?

Non ● Oui ○ **Si oui, veuillez joindre le formulaire à votre demande.**

Veuillez expliquer en quelques mots le fonctionnement de la clinique préopératoire, les critères pour orienter les patients ainsi que la trajectoire du dossier et/ou patient et le rôle de l'anesthésiologiste dans la clinique :

4 Signatures requises

Signature du chef de département

Nom et prénom (Caractères d'imprimerie) : **Date de la signature :**

Signature

Signature du directeur des services professionnels

Nom et prénom (Caractères d'imprimerie) : **Date de la signature :**

Signature

Le directeur des services professionnels ou son représentant transmet le formulaire aux deux adresses courriel suivantes :

MSSS ► msss-applicationspec@msss.gouv.qc.ca **FMSQ ►** aff.professionnelles@fmsq.org

(1) PEM : Plan d'effectifs médicaux