
Évaluation collégiale des médecins des provinces de l'Atlantique



QUESTIONNAIRE À L'INTENTION DES MÉDECINS

Le présent questionnaire est conçu pour fournir au programme Évaluation collégiale des médecins des provinces de l'Atlantique (ECMPA) les renseignements les plus récents au sujet de vous-même et de votre pratique. Les renseignements que vous donnerez seront examinés par le Comité et les personnes nommées pour discuter de votre pratique et/ou pour l'évaluer. Le personnel de l'ECMPA y aura également accès.

ATTENTION : Toutes les questions ne s'appliquent pas à tous les médecins. Par exemple, si vous pratiquez à l'hôpital, les questions sur la dotation et les installations pourraient ne pas correspondre à vos connaissances et à votre domaine de responsabilité. Par conséquent, si vous constatez qu'une question ou une série de questions ne s'applique pas à votre pratique, veuillez indiquer S.O. (Sans objet).

NOM DE FAMILLE _____

PRÉNOMS _____

DATE DE NAISSANCE _____ 3. SEXE : H _____ F _____

DIPLÔME EN MÉDECINE OBTENU DE QUELLE UNIVERSITÉ? _____

ET EN QUELLE ANNÉE? _____

Année où vous avez terminé votre programme d'internat/de résidence : _____

Total des années d'études supérieures (internat/résidence) : _____

Hôpital/Lieu(s) d'internat/de résidence	Type de formation	Année
_____	_____	_____

Collège des médecins de famille du Canada: Certificat : Oui/Non Membre : Oui/Non

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : Boursier : Oui/Non

Année : _____ Spécialité : _____

Hôpitaux auxquels vous êtes associé : Droit d'admission
_____ Oui/Non _____

_____ Oui/Non _____

ADRESSE DE VOTRE PRATIQUE PRINCIPALE : (Lieu où vous voyez la majorité de vos patients.)

Nom de l'hôpital ou de l'installation s'il y a lieu		Numéro de rue		Numéro de bureau	
Ville	Province	Code postal	Courriel		
Téléphone (bureau)		Téléphone (maison)		Télécopieur	
Depuis combien d'années exercez-vous dans cette localité? _____					

ADRESSE DE VOTRE PRATIQUE SECONDAIRE OU ADRESSE POSTALE (si elle diffère de l'adresse ci-dessus)

Nom de l'hôpital ou de l'installation s'il y a lieu		Numéro de rue		Numéro de bureau	
Ville	Province	Code postal (bureau)	Téléphone		

1. QUEL EST LE STATUT DE VOTRE PRATIQUE?

Si vous n'avez pas de pratique active, il vous suffira de répondre aux questions ci-dessus et aux questions de la présente partie, soit la partie 1. Veuillez signer et retourner le questionnaire dans l'enveloppe fournie.

Je fais de l'assistance chirurgicale uniquement. Oui/Non _____

J'ai pris ma retraite et je ne fais plus de médecine clinique (je ne traite pas de patients et je ne prescris pas d'ordonnances) Oui/Non
Date de la retraite : _____

Je suis en congé médical ou en congé de maternité Oui/Non _____
Date de retour prévue _____

J'ai l'intention de reprendre la pratique : Oui/Non Date approximative : _____

Je certifie que l'information fournie sur ce questionnaire est correcte et complète.

Signature

Date

2. QUELLE EST LA STRUCTURE DE VOTRE PRATIQUE?

Veillez indiquer le nombre d'employés à temps plein et à temps partiel avec qui vous travaillez de manière régulière (tous les jours/toutes les semaines) dans votre cabinet de médecin.

Cabinet de médecin	Nbre t. plein	Nbre t. partiel
Médecins		
Infirmières immatriculées/I.A.I.		
Infirmières praticiennes		
Personnel administratif		
Autre (veuillez préciser) :		

Partagez-vous avec les autres médecins de votre cabinet de médecin les éléments suivants?

Personnel Oui/Non Locaux Oui/Non
Dossiers des patients Oui/Non

Veillez décrire les dispositions que vous avez prises à l'égard du soin de vos patients lorsque vous vous absentez (ex. : arrangements avec un médecin suppléant, vacances, etc.)

Veillez indiquer le nombre d'heures d'une semaine typique pendant lesquelles :

vous êtes disponible tout en étant en service de garde _____

vous soignez des patients pendant votre service de garde _____

Veillez préciser votre accès aux éléments suivants ou la disponibilité de ces derniers :

Services de laboratoire de base (ex. : hémoglobine, urine, analyses de glycémie, etc.)	Oui/Non
Services de laboratoire spécialisés (ex. : densité osseuse, stress cardiaque, électromyographie, etc.)	Oui/Non
Services radiologiques de base	Oui/Non
Tomodensitogrammes ou IRM	Oui/Non
Spécialistes auxquels vous pouvez diriger vos patients	Oui/Non
Une ou plusieurs installations de soins à long terme au sein de votre collectivité	Oui/Non
Organismes de services sociaux pour appuyer votre soin des patients	Oui/Non
Interactions et contacts réguliers avec des collègues	Oui/Non

Veillez indiquer l'endroit où vous voyez les patients, le nombre de patients que vous voyez et le nombre d'heures que vous consacrez directement aux patients lors *d'une semaine de travail typique*. Ne donnez pas la moyenne des patients vus mais plutôt le plus grand nombre de patients vus et le nombre d'heures que vous avez consacrées directement aux patients.

Installations – veuillez encercler la réponse qui correspond le mieux à votre principal domaine de pratique.	Nbre de patients vus	Nbre d'heures consacrées directement aux patients
A. PRATIQUE MÉDICALE		
Cabinet privé		
Centre de santé communautaire		
Réseau de santé familiale		
Clinique sans rendez-vous, Clinique après les heures de bureau, Soins urgents (en général sans rendez-vous, habituellement soins épisodiques, bassin de patients non statique)		
Unité de médecine familiale universitaire		
Suppléance		
B. HÔPITAL- Veuillez indiquer s'il s'agit d'un hôpital d'enseignement		
Patients hospitalisés		
Patients externes		
Urgence		
Assistances chirurgicales		
Chirurgie de jour		
Hospitaliste		
C. INSTALLATION DE SOINS À LONG TERME/FOYER DE SOINS, ETC.		
D. INSTALLATION GOUVERNEMENTALE (forces armées, prison, etc.)		
E. SERVICE DE VISITE À DOMICILE		
F. AUTRE (veuillez préciser)		

Avez-vous choisi de concentrer ou de restreindre votre pratique? Oui/Non _____

Si oui, veuillez préciser : _____

Quel est le pourcentage de vos patients qui vous sont dirigés par d'autres médecins? _____%

Prévoyez-vous que votre pratique fera l'objet de changements importants au cours des deux prochaines années?

Oui/Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Lequel des éléments suivants décrit le mieux vos dossiers de patient :

Dossiers de patient/cliniques/médicaux électroniques : Oui/Non Logiciel utilisé : _____

Dossiers rédigés à la main : Oui/Non

Dossiers d'hôpital seulement : Oui/Non

Vos dossiers médicaux complets sont-ils dans votre bureau? Oui/Non

Si non, veuillez indiquer où et comment vous obtenez les dossiers complets de vos patients :

Partagez-vous avec d'autres médecins? Oui/Non

Langue des dossiers de patient : A___ F___

Lors d'une semaine type, veuillez estimer le pourcentage de vos visites de patient qui font partie des catégories suivantes. N'indiquez pas une moyenne mais indiquez plutôt la limite maximale de visites dans chaque catégorie. Veuillez noter que le total devrait égaler 100 pourcent.

% de visites de patients	Catégorie
	NOUVELLES PRÉSENTATIONS/GESTION DE CAS DE SOINS DE COURTE DURÉ : Patients nouveaux ou connus qui présentent de nouvelles plaintes ou malaises nécessitant la formulation d'un diagnostic au bureau.
	GESTION DE PATIENTS SOUFFRANT D'UNE MALADIE CONTINUE OU CHRONIQUE : Patients souffrant d'une maladie chronique nécessitant une surveillance à long terme avec ou sans la présence de comorbidités.
	CONTINUITÉ DE SOINS ET AIGUILLAGES : Patients que vous aiguillez vers d'autres médecins pour traitement, interventions chirurgicales, interventions diagnostiques ou autres.
	MAINTIEN DE LA SANTÉ : Patients qui se présentent pour leur mieux-être et de la prévention (ex. : examens annuels, dépistage, soins du bébé, etc.).
	SOINS PSYCHOLOGIQUES : Patients à qui vous donnez des conseils généraux, des séances de psychothérapie ou que vous aiguillez vers d'autres organismes de services sociaux au sein de la collectivité.
	NOUVELLES CONSULTATIONS/GESTION PRÉOPÉRATOIRE : Patients nouveaux ou connus qui se présentent avant des interventions chirurgicales ou médicales pour des examens préopératoires, des tests ou des traitements.
	GESTION ET INTERVENTIONS COURANTES AUPRÈS DES PATIENTS : Prodiguer aux patients des traitements peropératoires ou effectuer des interventions.
	GESTION POSTOPÉRATOIRE ET SUIVI : Patients à qui vous prodiguez des soins postopératoires ou postintervention, ce qui peut comprendre le suivi de patients souffrant d'une maladie qui nécessite des soins à long terme.
	GESTION DE MÉDECINE D'URGENCE : Patients à qui vous prodiguez des soins au service d'urgence.
	AUTRE : (veuillez préciser)
100 %	TOTAL

Codes descripteurs de la pratique (à utiliser pour la question suivante)

	ANESTHÉSIE		OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE		CHIRURGIE (SUITE)
101	Anesthésie	501	Oncologie gynécologique	810	Ophtalmologie
102	Gestion de la douleur chronique sans anesthésie générale ou rachidienne	502	Gynécologie, médecine de la reproduction, endocrinologie et fertilité	811	Chirurgie orthopédique
	MÉDECINE GÉNÉRALE/FAMILIALE	503	Chirurgie gynécologique et soins prénataux	812	Oto-rhino-laryngologie
201	Médecine générale ou familiale avec privilèges d'admission à l'hôpital	504	Gynécologie au bureau	813	Chirurgie plastique
202	Médecine générale ou familiale sans privilèges d'hôpital	505	Soins obstétriques limités aux soins prénataux	814	Chirurgie sans traitement chirurgical
	MÉDECINE	506	Obstétrique	815	Chirurgie thoracique
301	Allergie	507	Urogynécologie	816	Urologie
302	Cardiologie	508	Counselling en sexologie	817	Chirurgie vasculaire
303	Immunologie clinique		PÉDIATRIE	818	Greffes
304	Pharmacologie clinique	601	Néonatalogie	819	Endoscopie
305	Soins intensifs	602	Pédiatrie		AUTRE
306	Dermatologie	603	Cardiologie pédiatrique	901	Acupuncture
307	Médecine d'urgence	604	Néphrologie pédiatrique	902	Médecine administrative
308	Endocrinologie	605	Neurologie pédiatrique	903	Médecine communautaire (santé publique)
309	Gastroentérologie	606	Chirurgie pédiatrique	904	Soins palliatifs
310	Génétique	607	Allergie pédiatrique/Immunologie clinique	905	Psychothérapie
311	Gériatrie/Foyers de soins	608	Oncologie pédiatrique	906	Médecine sportive
312	Hématologie	609	Orthopédie pédiatrique	907	Boursier en clinique-sans deuxième emploi
313	Maladies infectieuses	610	Gastroentérologie pédiatrique	908	Boursier en clinique-avec deuxième emploi
314	Médecine interne	611	Hématologie pédiatrique	910	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
315	Oncologie médicale	612	Hématologie/oncologie pédiatrique	911	Abus d'alcool ou d'autres drogues
316	Néphrologie	613	Maladies infectieuses pédiatriques	912	Médecine aéronautique
317	Neurologie	614	Médecine respiratoire pédiatrique	913	/Médecine de plongée
318	Médecine nucléaire		RADIOLOGIE	914	Médecine du sommeil
319	Médecine du travail	701	Imagerie diagnostique	915	Médecine complémentaire
320	Physiatrie et réadaptation	702	Radiologie thérapeutique/Radio-oncologie	916	Soins à long terme
321	Psychiatrie	703	IRM	917	Soins urgents/Clinique sans rendez-vous
322	Médecine respiratoire	704	Tomographie par ordinateur	918	EEG
323	Rhumatologie		CHIRURGIE	919	EMG
	MÉDECINE DE LABORATOIRE	801	Chirurgie au laser	920	Spirométrie
401	Biochimie médicale	802	Assistance chirurgicale	921	Visites à domicile
402	Microbiologie médicale	803	Chirurgie cardiovasculaire	922	Sclérose
403	Pathologie anatomique	804	Cliniciens adjoints chirurgicaux	923	Hypnose
404	Pathologie générale	805	Chirurgie colo-rectale	924	Enseignement
405	Pathologie hématologique	806	Chirurgie esthétique	925	Recherche
406	Pathologie neurologique	807	Chirurgie générale	926	Administration (dans les écoles de médecine, les hôpitaux, etc.)
		808	Oncologie chirurgicale générale	927	Autres activités professionnelles (ex. : activités du Collège)
		809	Neurochirurgie		

Activité clinique : À l'aide des codes descripteurs de la page précédente, veuillez décrire votre pratique clinique. Inscrivez ce que vous faites réellement plutôt que les certificats que vous possédez. Si vous donnez plus d'un code, veuillez estimer le pourcentage de temps que vous consacrez à chaque domaine.

Code	0 – 10 %	11 – 20 %	21 – 40 %	41 – 60 %	61 – 80 %	81 – 100 %
Autre – veuillez préciser						

Énumérez les 5 à 10 problèmes, maladies ou interventions que vous voyez le plus souvent dans cadre de votre pratique : _____

3. QUEL EST VOTRE ENGAGEMENT À L'ÉGARD DE LA FORMATION MÉDICALE CONTINUE?

Veuillez fournir des renseignements au sujet des activités de perfectionnement professionnel aux quelles vous avez participé au cours des 12 derniers mois et donner la quantité de temps que vous avez consacrée à chaque activité.

Quel que soit le statut de votre agrément par le Collège des médecins de famille du Canada (CFMC) ou par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) ou quel que soit le statut de votre adhésion à ces organismes, est-ce que vous respectez volontairement leurs exigences en matière de perfectionnement professionnel? Oui Non Incertain

Veuillez estimer le nombre d'heures que vous avez consacrées à de la formation médicale continue structurée au cours des douze derniers mois :

	<10	11-20	21-30	31-40	41-50	>50
Cours crédités, conférences ou ateliers du CFMC ou du CRMCC						
Activités de formation médicale continue sur Internet (revues, lignes directrices en ligne)						
Séances d'apprentissage en petits groupes axées sur la pratique						
Programmes d'auto-apprentissage						
Comités d'hôpital						
Visites éducatives à l'hôpital						
Autres cours, conférences et ateliers						
Autre : veuillez décrire						

Veillez donner quelques renseignements au sujet de votre cabinet.

Veillez décrire votre matériel de réfrigération et vos méthodes de surveillance de la température :

Veillez décrire votre matériel et vos méthodes de stérilisation.

Où placez-vous vos formulaires d'ordonnance?

Où rangez-vous les médicaments contrôlés, les vaccins et les échantillons de médicaments et comment vous en débarrassez-vous?

Comment vous débarrassez-vous des aiguilles et/ou des déchets biomédicaux?

Avez-vous accès sur place au matériel d'urgence suivant? Oxygène : Oui : ___ Non :

Ballon de type Ambu : Oui : ___ Non : ___ Voie aérienne : Oui : ___ Non: ___ Adrénaline : Oui : ___

Non : _____ Si non, où y avez-vous accès? _____

Combien de temps faudrait-il à du personnel d'urgence (911) pour se rendre à votre bureau?

Pour la prochaine page du questionnaire, veuillez prendre quelques minutes afin de réfléchir à votre pratique des douze derniers mois, y compris les domaines où vous excellez et les domaines qui pourraient nécessiter des améliorations. Veuillez préciser vos attentes à l'égard de cette évaluation ainsi qu'une question et/ou un objectif de rendement. (Votre objectif pourrait toucher un domaine clinique, vos rapports avec les patients, une nouvelle activité de formation médicale continue qui vous intéresse, etc.)

Merci d'avoir participé à cette évaluation collégiale.

Quand je pense à ma pratique actuelle et à la gestion de mes patients, voici les domaines dans lesquels j'estime exceller :

Je crois avoir certaines faiblesses dans les domaines suivants :

J'aimerais avoir plus de connaissances cliniques dans les domaines suivants : _____

Après la présente évaluation collégiale, voici ce que j'aimerais faire :

Au cours de la prochaine année, j'aimerais poursuivre ma formation médicale continue dans les domaines suivants :

Dans cinq ans, voici comment j'aimerais que ma pratique soit :

Je certifie que l'information fournie sur ce questionnaire est correcte et complète.

Signature _____ *Date* _____

