

Pré-selection d'évaluation de l'ÉCMPE

Nom: _____ Date de naissance: _____

Adresse: _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____ Courriel : _____

Diplôme en médecine obtenue de quelle université : _____ Année : _____

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

Type de formation : _____

Veillez décrire votre pratique : (type de pratique; temps plein ou partiel; nombre d'heures par semaine; nombre de patients/cas par semaine) :

Veillez indiquer l'endroit où vous voyez les patients : bureau hôpital ?

Depuis combien d'année êtes-vous dans votre pratique actuelle? _____

Langue des dossiers de patient : F A

Êtes-vous présentement en congé médical ou en congé de maternité? _____ Date de retour prévue : _____

Avez-vous l'intention de prendre votre retraite au cours des douze prochains mois ? __ Date prévue : _____

Avez-vous été évalué durant les dernières cinq années pour votre licence, certification ou autres raisons (exemple : licence médicale du Canada, certification par le Collège royal ou Collège des médecins de famille) ? _____

Si oui, veuillez indiquer les détails incluant la date :

Y a-t-il autres raisons que vous pensez qui vous exclurait d'être évalué?

* Ma signature électronique

Date: _____

**en placant un crochet dans le boîte "ma signature électronique, vous vérifiez que les informations fournies sur ce questionnaire sont correctes, vraies et exactes.*