

PROFIL DU MÉDECIN

Ce questionnaire est conçu pour fournir au comité d'Évaluation par les pairs de l'information plus récente sur vous et votre pratique.

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).

*La page 5 du questionnaire (fonctionnement du bureau) peut être remplie par votre adjointe administrative ou secrétaire si vous le souhaitez. Veuillez-vous assurer que le nom et la signature de la personne qui remplit cette page soient clairs.

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 : Membre :

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : Boursier :

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.)

_____	_____	_____
<i>Téléphone (bureau)</i>	<i>Téléphone (maison)</i>	<i>Télécopieur</i>
<i>Courriel :</i>		
<i>Depuis combien d'années exercez-vous dans cette localité?</i> _____		

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

1. QUEL EST LE STATUT DE VOTRE PRATIQUE?

Si vous n'avez pas de pratique active et que vous avez abandonné votre licence médicale, 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.

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)

Non Oui Date de la retraite : _____

Je suis en congé médical ou en congé de maternité

Non Oui Date de retour prévue _____

En plaçant une coche dans la case, vous vérifiez que les informations fournies sont correctes, vraies et exactes.

2. **QUELLE EST LA STRUCTURE DE VOTRE PRATIQUE?**

Faites-vous parti d'un groupe ou pratiquez-vous seul? **Groupe** **Seul**

(Remarque : une pratique de groupe est une pratique dans laquelle deux médecins or plus ainsi que le personnel de soutien médical travaillent ensemble et partagent des installations et d'autres ressources.)

Si vous faites partie d'un groupe, veuillez 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

Langue des dossiers de patient : **Français** **Anglais**

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

Dossiers de patient/cliniques/médicaux électroniques : 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 :

Considérez-vous que votre pratique soit de nature urbaine ou rurale? _____

Veillez préciser votre accès aux éléments suivants ou la disponibilité de ces derniers en indiquant oui ou non :

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

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.)

Êtes-vous membre d'un groupe d'appel? Oui Non

Combien de fois êtes-vous en appel? _____

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?

Non Oui

Si oui, veuillez préciser :

Cette page peut, si vous le souhaitez, être complétée par votre adjointe administrative ou votre secrétaire.

À quelles heures de la journée répond-on au téléphone du bureau?

En cas d'urgence après les heures de bureau, qu'est –ce que votre message oriente les patients de faire?

Quel est le temps d'attente approximatif avant que les patients aient un rendez-vous?

Quel est le temps approximatif alloué pour chaque rendez-vous? _____

Avez-vous de la place chaque jour pour des rendez-vous d'urgence? Oui Non
Si oui, combine de rendez-vous? _____

L'équipement d'urgence suivant est-il disponible au bureau?

Oxygène: Ballon de type Ambu : Voie aérienne: Adrénaline:

Sinon, où? _____

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

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

Veillez décrire votre matériel et vos méthodes de stérilisation.

Où rangez-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?

(Si pas le médecin,)

Cette page complétée par _____ Position: _____

En plaçant une coche dans la case, vous vérifiez que les informations fournies sont correctes, vraies et exactes

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)		

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

	ANESTHÉSIE		OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE		CHIRURGIE (SUITE)
101	Anesthésie	501	Oncologie gynécologique	810	Ophthalmologie
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	Médecin hyperbare/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 –						

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						

Enfin, nous aimerions que vous preniez quelques minutes pour réfléchir à votre pratique des douze derniers mois, en tenant compte de vos points forts et de ceux qui pourraient être déficients. Dites-nous ce qui sont 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 :

Veillez-vous décrire: c'est-à-dire votre famille, votre implication dans la communauté, vos intérêts spéciaux ou vos passe-temps, etc.