

Pour faire une demande d'avis et de recommandation au CECM, le formulaire suivant doit être rempli par un membre du CM, puis transmis par courriel à l'adresse cecm.ciassmo16@ssss.gouv.qc.ca.

Le document a été écrit au masculin singulier pour faciliter la lecture.

1. Titre de la demande			

2. Provenance et date de la demande			
☐ Conseil d'administration	Date :		
☐ Président-directeur général	Date :		
☐ Membres(s) du CM	Date :		

3. Identification des demandeurs			
Nom	Titre d'emploi	Direction	Programme/Service
		Choisissez un é	
		Choisissez un é	
		Choisissez un é	
		Choisissez un é	
		Choisissez un é	

4. Titre d'emploi touché par la situation et impact	
Titre(s) d'emploi :	
Impact(s) :	

5. Objet de la demande
☐ Appréciation et amélioration de la qualité de la pratique professionnelle ☐ Distribution appropriée des soins et services en tenant compte des conditions locales d'exercice requises pour assurer des services de qualité ☐ Organisation scientifique et technique ☐ Moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres ☐ Accessibilité et coordination des services ☐ Approches novatrices des services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population ☐ Autre : _____

6. Brève description de la situation à l'origine de la demande (contexte de la demande, clientèle visée, etc.)

7. Relativement à la demande, avez-vous entrepris des actions?

☐ Oui

☐ Non

a. Si oui, identifiez les personnes que vous avez contactées

☐ Discussion avec chef de service ou gestionnaire

☐ Discussion avec un représentant syndical

☐ Discussion clinique ou lors d'une rencontre d'équipe

☐ Autre : _____

☐ Consultation auprès de votre ordre professionnel

☐ Recherche documentaire

☐ Gestionnaire avisé de la demande

b. Décrivez les effets des actions entreprises

8. Quels sont vos attentes relativement à la demande au CECM?

9. Pièces jointes