



## Demande de retour à l'exercice dans le cadre de l'urgence sanitaire

### 1. Identification du membre et coordonnées

Nom		Prénom	
N° de permis		N° d'adhésion à l'ACPM	
Adresse courriel			
Téléphone	Domicile		Cellulaire
Adresse de résidence			
N°	Rue		Ville
Province		Code postal	Pays

### 2. Date de retour à la pratique souhaitée

(à moins d'indication contraire de votre part, votre demande sera effective à compter de la date à laquelle l'étude de votre dossier sera complétée)

### 3. Quel type de pratique comptez-vous exercer?

Veuillez spécifier les différents éléments des champs d'exercice concernés (p. ex. : suivi de clientèle, sans rendez-vous, soins prolongés, chirurgie, consultation, etc.).

### 4. Quel est l'endroit prévu aux fins de l'exercice de votre profession (hôpital, clinique, autre) (localité)?

5. L'exercice de la médecine que vous comptez reprendre sera-t-il différent de l'exercice antérieur?

Identique ou similaire

Différent

Veuillez préciser.

6. Décrivez par ordre chronologique vos activités professionnelles depuis votre dernière inscription au tableau à titre de médecin en exercice (ou votre départ du Québec).

Nom de l'établissement

Ville

Pays

Statut

Champ d'exercice

Pour la période du

au

Nom de l'établissement

Ville

Pays

Statut

Champ d'exercice

Pour la période du

au

Nom de l'établissement

Ville

Pays

Statut

Champ d'exercice

Pour la période du

au

7. Vous a-t-on déjà refusé une demande de droit d'exercice de la médecine? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

8. Un tribunal canadien ou étranger vous a-t-il déjà déclaré coupable d'une infraction criminelle depuis le dernier avis de cotisation et dont vous n'avez pas informé à ce jour le Collège des médecins du Québec? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date, l'endroit et la sentence. Veuillez également joindre une copie du jugement.

9. Avez-vous déjà fait l'objet d'une mesure disciplinaire d'un établissement de santé ou d'un ordre professionnel entraînant une révocation de permis, une radiation, une limitation ou une suspension de votre droit d'exercer? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

10. Avez-vous déjà perdu de façon temporaire ou permanente des privilèges dans un établissement de santé? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

11. Avez-vous déjà signé un engagement limitant de quelque façon que ce soit votre exercice de la médecine? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

12. Avez-vous déjà fait l'objet d'une demande en justice devant un tribunal civil alléguant votre responsabilité professionnelle? Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

13. Autorisez-vous le Collège des médecins à transmettre par courriel à l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) les informations requises pour l'activation de votre protection médico-légale? Oui  Non

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par courriel à l'adresse [tableau@cmq.org](mailto:tableau@cmq.org).

#### Section réservée à l'usage du Collège des médecins du Québec

Révisé par [Date]

Révisé par [Date]

Révisé par [Date]