Avis d’intention

Projet de pratique en Accès Adapté

Transmettre au plus tard le 3 août 2013 par courriel à [ipare@fmoq.org](mailto:ipare@fmoq.org)

Nom du médecin participant :

Nom de la clinique :

Adresse :

**1. OFFRE DE SERVICES**

Décrivez votre organisation ainsi que l’offre de services actuelle aux patients :

* Quelle est la composition de votre équipe : médecins, infirmières, secrétaires, autres professionnels (nombre, stabilité de l’équipe, départs, etc.)
* Travaillez-vous en interdisciplinarité avec une infirmière ou un autre professionnel? Si oui, décrivez votre organisation.
* Décrivez votre offre de services avec rendez-vous et sans rendez-vous. Offrez-vous du sans rendez-vous ouvert à tous ou réservé à vos patients?
* Avez-vous une liste d’attente? Quel est le délai d’attente avant qu’un patient puisse vous voir?
* Indiquez toute autre modalité organisationnelle.

**2. DESCRIPTION DU PROJET DE CHANGEMENT**

Pourquoi souhaitez-vous changer votre pratique en 1ière ligne? Y a-t-il un problème particulier que vous souhaitez adresser? Quel changement voulez-vous particulièrement mettre en place?

**3. ANTICIPATION de résultats**

À la lumière de vos connaissances, croyez-vous que l’Accès adapté apportera le changement souhaité? Pourquoi?

**4. PROJET CONCOMITANT**

Y a-t-il des projets de déménagement, de construction ou de rénovation de votre clinique? Y a-t-il des projets d’implantation de dossier médical électronique? Souhaitez-vous devenir GMF si vous ne l’êtes pas? Décrire tout projet susceptible d’avoir un impact significatif sur votre pratique.

**5. Nom et signature des médecins intéressés à l’Accès adapté dans votre clinique**

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :

NOM : Signature :