



**CONSEIL DES MÉDECINS, DENTISTES ET PHARMACIENS
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL
COUNCIL OF PHYSICIANS, DENTISTS AND PHARMACISTS
MCGILL UNIVERSITY HEALTH CENTRE**

DEMANDE DE NOMINATION À TITRE DE / APPLICATION FOR APPOINTMENT AS:

- MÉDECIN/PHYSICIAN
- DENTISTE/DENTIST
- PHARMACIEN/PHARMACIST
- SCIENTISTE MÉDICAL/MEDICAL SCIENTIST

PHOTO
(Obligatoire/Mandatory)

- BASE/SITE: HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS/ MONTREAL CHILDREN'S HOSPITAL
 HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTREAL / MONTREAL GENERAL HOSPITAL
 HÔPITAL NEUROLOGIQUE DE MONTRÉAL/MONTREAL NEUROLOGICAL HOSPITAL
 HÔPITAL ROYAL VICTORIA/ROYAL VICTORIA HOSPITAL

1. IDENTIFICATION

NOM/SURNAME: _____ **PRÉNOM(S)/GIVEN NAME(S):** _____

No. ass. sociale/Social insurance No.: _____ **Sexe/Sex:** _____
Date de naissance/Date of birth: _____ **Citoyenneté/Citizenship:** _____
année/yr mois/mth jour/day

2. ADRESSES/ADDRESSES:

Domicile/Home: _____ **Tél.:** (____) _____
Ville/City.: _____ **Prov.:** _____ **Fax.:** (____) _____
Code postal code: _____ **E-Mail:** _____

Hôpital-Cabinet/Hospital -Office: _____ **Tél.:** (____) _____ **poste/ext:** ____
bureau/room _____ Pavillon/building _____ **Fax.:** (____) _____
Adresse/Address: _____ **E-Mail:** _____
Ville/City.: _____ **Prov.:** _____
Code postal code: _____

Autre Cabinet /Other Office: _____ **Tél.:** (____) _____ **poste/ext:** ____
bureau/room _____ Pavillon/building _____ **Fax.:** (____) _____
Adresse/Address: _____ **E-Mail:** _____
Ville/City.: _____ **Prov.:** _____
Code postal code: _____

3. PERMIS D'EXERCICE/MEDICAL-DENTAL-PHARMACY LICENSURE:

(annexer une copie des documents/attach copy of documents)	Numéro/number	année/year
Québec (Collège des médecins)	_____	_____
Canada (L.M.C.C.)	_____	_____
Ordre des dentistes/Order of Dentists	_____	_____
Ordre des pharmaciens/Order of Pharmacists	_____	_____
Autres/Others: _____	_____	_____
_____	_____	_____

4. ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE/LIABILITY INSURANCE:

(annexer copie de la carte d'adhésion ou autre preuve/attach copy of membership card or other proof)
 A.C.P.M./C.M.P.A. No. membre: _____ Date d'expiration/Expiry date: _____
 Autre/other: _____ No. membre: _____ Date d'expiration/Expiry date: _____
préciser/specify

5. ÉDUCATION/EDUCATION - * S.V.P. joindre CV - Please attach CV *****

(annexer copie des documents/attach copy of documents)

	Non/Name - Institution	de/from	à/to	diplôme/diploma
a) CEGEP/College	_____	_____	_____	_____
Université/University	_____	_____	_____	_____
				Spécialité/Specialty
b) Résidence/Residency	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
Études supérieures/ Post-graduate studies	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____

6. DIPLÔME(S) DE SPÉCIALISATION/SPECIALTY DIPLOMAS:

(annexer copie des documents/attach copy of documents)

	spécialité/specialty	année d'obtention/year obtained
Collège des médecins du Québec	_____	_____
Collège Royal du Canada/Royal College of Canada	_____	_____
Autres (spécifier)/Others (specify)	_____	_____
(Techniques spéciales/special technologies e.g.: laser, endoscopie, ultrason)	_____	_____

7. NOMINATIONS AU SEIN D'AUTRES HÔPITAUX/OTHER HOSPITAL APPOINTMENTS

(antérieures et présentes/past and present)

Centre hospitalier/Hospital Centre Privilèges/Privileges	Statut/Status	Années/Years		
		De/From -	À/To	
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

8. NOMINATIONS EN ENSEIGNEMENT/TEACHING APPOINTMENTS

(antérieures et présentes/past and present)

Université/University	Titre/Title	Années/Years	
		De/From -	À/To
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

9. ASSOCIATIONS MÉDICALES/MEMBERSHIP IN MEDICAL SOCIETIES

10. RÉFÉRENCES/REFERENCES

Nom/Name	Titre/Title	Adresse/Address
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*** Trois lettres de référence sont requises - Three letters of reference are required.***

11. AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS

(English on next page)

Par la présente, j'autorise les personnes responsables de l'étude de ma demande à obtenir les renseignements nécessaires de tout centre hospitalier, institution, médecin, dentiste ou pharmacien, pourvu qu'en cela la confidentialité soit respectée.

J'autorise particulièrement le Secrétaire Général du Collège des médecins du Québec ou son adjoint, le Secrétaire de l'Ordre des Dentistes du Québec ou son adjoint, le Directeur des Services professionnels de l'Ordre des Pharmaciens du Québec ou son adjoint, à divulguer tout renseignement contenu dans mon dossier personnel susceptible d'être utile à l'étude de ma demande. Cette autorisation est valide pour la durée de l'étude de ma demande, selon les limites de temps prescrites par les règlements de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

12. RÈGLEMENTS

(English on next page)

Par la présente demande de nomination pour devenir membre de cet Hôpital, je reconnais que je dois offrir une continuité des soins et assurer la supervision de mes patients, accepter les tâches de consultation et participer à la garde des services de l'urgence et autres unités spécialisées de soins si applicable, et servir sur les comités du CMDP, lorsque requis. Je m'engage à prendre connaissance des règlements de l'Hôpital et du CMDP et je consens à être lié par ceux-ci si on m'accorde une nomination et des privilèges cliniques. Je consens de plus à être lié par les termes desdits règlements sur tous sur tous les aspects de ma demande de nomination pour devenir membre du personnel médical et l'obtention de privilèges, sans égard que la nomination ou les privilèges cliniques me soient accordés. Je comprends aussi et j'accepte les responsabilités inhérentes à ma nomination au sein du (des) département(s) et du(des) service(s) dans mon domaine d'expertise et je m'engage à respecter et à travailler à l'intérieur des limites des programmes adoptés par l'Hôpital.

Je reconnais en outre être familier avec les principes et normes du Conseil canadien des agréments sur la santé et du Collège des médecins du Québec et que je coopérerai avec l'Hôpital afin d'obtenir et de conserver l'agrément de l'Hôpital. Je consens aussi à mener ma pratique conformément aux hautes traditions d'éthique.

De façon plus particulière, je consens à soumettre ma performance clinique aux, et à participer activement aux programmes d'assurance qualité et aux diverses évaluations professionnelles qui auront lieu périodiquement et je consens à tenir les membres du personnel médical et autres représentants autorisés de l'Hôpital engagés dans ces activités d'évaluation de la qualité libres de toute poursuite pour leurs actions faites de bonne foi dans le cadre de ces activités dans un milieu où les procédures de travail sont intégrales et impartiales.

J'atteste être compétent et habile à offrir les privilèges demandés.

Je comprends entièrement qu'une déclaration fautive ou toute omission de la présente demande de nomination constitue une cause de rejet de la demande ou l'annulation ab initio de la nomination. Je certifie que toute l'information que j'ai fournie dans la présente demande est véridique au meilleur de ma connaissance et de mon savoir.

SIGNATURE: _____
candidat(e)/candidate

DATE: _____

11. AUTHORITY FOR RELEASE OF INFORMATION

(Français page précédente)

I hereby authorize the persons responsible for the study of my application to obtain the information required for such study from any hospital centre, institution, physician, dentist or pharmacist, provided that the confidential nature of such information be respected.

I hereby authorize, in particular, the Secretary-General of the Collège des médecins du Québec, or delegate, the Secretary of the Order of Dentists of Quebec, or delegate, the Director of Professional Services of the Order of Pharmacists of Quebec, or delegate, to release any information contained in my personal file which may be useful to the study of my application. This authority is valid for the period of study of my application and according to the time limits provided for in the Regulations of the Act respecting access to documents held by public bodies and the protection of personal information.

12. REGULATIONS

(Français page précédente)

In making this application for appointment to the staff of this hospital, I acknowledge my obligation to provide continuous care and supervision of my patient(s), to accept consultation assignments, and to participate in staffing the emergency service area and other special care units if applicable, and to serve on committees of the Council of Physicians, Dentists and Pharmacists, as appropriate. I agree to take cognizance and to abide by the regulations of the Hospital and the by-laws of the Council of Physicians, Dentists and Pharmacists and I agree to be bound by the terms thereof if I am granted membership or clinical privileges. I further agree to be bound by the terms thereof in all matters relating to the consideration of my application for appointment to the medical staff and privileges, without regard as to whether or not I am granted membership or clinical privileges. I also acknowledge that I understand and accept the responsibilities inherent in my appointment in the department(s) and division(s) of my field(s) of expertise and I undertake to respect and work within the limits of the programs adopted by the hospital.

I further acknowledge that I am familiar with the principles and standards of the Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) and of the Collège des médecins du Québec and will cooperate with the hospital in acquiring and maintaining accreditation for the hospital. I also agree to conduct my practice in accordance with high ethical traditions.

I particularly agree to subject my clinical performance to, and faithfully participate in, the hospital's quality assurance programs and peer reviews as shall from time to time be in effect and I agree to hold members of the medical staff and other authorized representative of the hospital engaged in these quality activities free of all liability for their actions performed in good faith in connection therewith and within an honest and impartial procedural framework.

I attest to being competent and able to perform privileges as requested.

I fully understand that any significant mis-statements in or omissions from this application constitute cause for denial of appointment or for nullification ab initio of the appointment. All information submitted by me in this application is true to my best knowledge and belief.

SIGNATURE: _____

candidat(e)/candidate

DATE: _____