



La Fondation pour l'éducation médicale continue
McMaster University
1280 Main Street West, DTC Basement Level
Hamilton, Ontario L8S 4L8
Canada

Pour de plus amples renseignements,
 communiquez avec La Fondation:
 Téléphone: (905) 525-9140, poste 22219
 Sans frais: 1-800-661-3249
 Télécopieur: (905) 540-4988
 Courriel: fmpe@mcmaster.ca
 Site Web: www.fmpe.org

FORMULAIRE D'INSCRIPTION AU PROGRAMME INDIVIDUEL

Veillez remplir les deux côtés du formulaire.

PROGRAMME D'APPRENTISSAGE INDIVIDUEL BASÉ SUR LA PRATIQUE

Choisissez une des options suivantes:

Inscription (nouveau membre) **Renouvellement**

La date annuelle du commencement du programme est septembre

Veillez indiquer votre choix:

- | | | |
|---|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Choix A | au Canada: 330,00\$CAN | = tous les modules publiés durant l'année |
| | aux États-Unis / au Mexique*: | |
| | international*: | |
| <input type="checkbox"/> Choix B | au Canada: 225,00\$CAN | = 9 modules parmi les sujets de l'année précédente |
| | aux États-Unis / au Mexique*: | |
| | international*: | |
| <input type="checkbox"/> Choix C | au Canada: 175,00\$CAN | = 6 modules parmi les sujets de l'année précédente |
| | aux États-Unis / au Mexique*: | |
| | international*: | |

*les frais d'expédition y compris

Veillez nous appeler pour vérifier si vous avez droit à une cotisation au prorata.

(Si vous optez pour les choix B ou C, veuillez nous faire parvenir votre formulaire complété de demande de modules en même temps que votre formulaire d'inscription.)

Renseignements pour communiquer avec vous

Langue de correspondance: anglais français Sexe: homme femme
 Profession: MD MD—urgence seulement Infirmière praticienne Inf. autre _____

VEUILLEZ ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Nom: _____

Adresse postale courante: domicile bureau _____

Autre adresse postale (facultative): _____

Ville: _____

Ville: _____

Province/État: _____

Province/État: _____

Code postal/Zip: _____

Code postal/Zip: _____

Pays: _____

Pays: _____

Téléphone bureau: (général) (_____) _____
 (privé) (_____) _____

Télécopieur: (_____) _____
 Courriel: _____

Téléphone domicile: (_____) _____

Télécopieur: (_____) _____

Courriel: _____

La Fondation pour l'éducation médicale continue (FEMC) s'engage à préserver la confidentialité des renseignements personnels de toute personne (membre ou non membre) qui communique avec la FEMC et ses Programmes d'apprentissage basé sur la pratique.

Veillez visiter www.fmpe.org/fr/documents/privacy.html pour une copie de notre politique de confidentialité.

Mode de paiement

Chèque inclus (en fonds canadiens seulement
 à l'ordre de: La Fondation pour l'éducation médicale continue)

Visa MasterCard AMEX Montant: _____

N° de la carte: _____

Exp.: _____ Signature: _____

Veillez communiquer avec votre section provinciale de l'Association médicale canadienne pour obtenir des renseignements sur les frais admissibles de remboursement.

(suite au verso)



La Fondation pour l'éducation médicale continue
Nous apprécierions votre temps pour remplir ce formulaire
et de nous l'envoyer par la poste ou par télécopieur à 905-540-4988

FORMULAIRE DE DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES (en lettres moulées s.v.p.)

Nom _____

Comment avez-vous entendu parler des Programmes d'apprentissage basé sur la pratique?

brochure de bouche à oreille autre: _____

conférences/ateliers CMFC

1. Profession: MD MD—urgence seulement Infirmière praticienne Inf. autre _____

2. À quelle université avez-vous complété votre:

formation pré-graduée? _____

formation dans le programme de médecine familiale (post-graduée)? _____

formation médicale complémentaire? _____

3. Année de l'obtention de votre diplôme: _____

4. Année de naissance (facultatif):

1940 ou avant 1940-1949 1950-1959 1960-1969 1970-1979 1980-1985

5. Nombre d'années de pratique: 1-10 11-20 21-30 >30

6. Certification: CMFC autre: _____

7. Sexe: Homme Femme

8. Lieu principal de pratique (indiquez un seul choix):

milieu urbain milieu rural
 milieu urbain et de banlieue régions isolées/éloignées
 petite municipalité autre (précisez): _____

9. Travail clinique: à temps complet à temps partiel

10. Nombre d'heures de travail clinique par semaine: _____

11. Genres de pratique (pour **chaque** colonne, indiquez le terme qui correspond le mieux à votre pratique):

(a) <input type="checkbox"/> en solo	(b) <input type="checkbox"/> facturation à l'acte	(c) <input type="checkbox"/> cabinet médical privé
<input type="checkbox"/> avec des associés	<input type="checkbox"/> à vacation	<input type="checkbox"/> CLSC
<input type="checkbox"/> en groupe	<input type="checkbox"/> salarié	<input type="checkbox"/> clinique sans rendez-vous
<input type="checkbox"/> autre _____	<input type="checkbox"/> autre _____	<input type="checkbox"/> autre _____

12. Champs d'activité de votre pratique (indiquez tous les éléments qui font partie de votre pratique régulière):

<input type="checkbox"/> soins en petite enfance	<input type="checkbox"/> suivi de grossesse/accouchement	<input type="checkbox"/> psychothérapie/counselling
<input type="checkbox"/> chirurgie mineure en cabinet	<input type="checkbox"/> soins palliatifs	<input type="checkbox"/> médecine d'urgence
<input type="checkbox"/> hospitalisation	<input type="checkbox"/> soins en centre de soins prolongés	<input type="checkbox"/> clinicien enseignant
<input type="checkbox"/> dossiers médicaux informatisés	<input type="checkbox"/> accès à Internet/systèmes informatiques	<input type="checkbox"/> ordinateur de poche/Palm Pilot

13. Champs d'intérêt particuliers? _____

14. Avez-vous de l'intérêt pour la recherche en EMC? oui non

15. Autres activités d'EMC auxquelles vous avez participé cette année:

Combien d'heures/année (en moyenne)?
aucune 1-5 6-10 11-15 16-20

Tournée des patients hospitalisés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes/cours universitaires d'EMC (accréditation universitaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assemblées scientifiques du CMFC — provinciale ou nationale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres conférences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes d'EMC commandités par des compagnies pharmaceutiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes d'autoapprentissage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programmes d'EMC sur Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Seriez-vous intéressé à recevoir des courriels au sujet de nos programmes/notre organisme? oui non

courriel: _____