



**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 PGBP

Veillez remplir les deux côtés du formulaire.

PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EN PETIT GROUPE BASÉ SUR LA PRATIQUE (PGBP)

montant dû:

au Canada: **325,00 \$CAN**
aux États-Unis / au Mexique*: **340,00 \$CAN**
international*: **355,00 \$CAN**
**les frais d'expédition y compris*

Choisissez une des options suivantes:

Inscription (nouveau membre) **Renouvellement**

Indiquez la date de début de votre groupe:

janvier **septembre**

Nom du facilitateur: _____

Date de votre première présence à une réunion: _____

Si vous vous joignez à un groupe déjà existant, veuillez nous appeler pour vérifier si vous avez droit à une cotisation au prorata.

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): domicile bureau

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 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 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-gradué? _____

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):

- avant 1940 1940-1949 1950-1959 1960-1969 1970-1979 1980-1989

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

- (a) en solo avec des associés en groupe autre _____
(b) facturation à l'acte à vacation salarié autre _____
(c) cabinet médical privé CLSC clinique sans rendez-vous autre _____

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

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

13. Champs d'intérêt particuliers? _____

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

15. Autres activités d'ÉMC 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"/>
Programme/cours universitaire d'ÉMC (accréditation universitaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assemblée scientifique 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'ÉMC 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'ÉMC 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: _____