



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 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"/>
Programmes/cours universitaires d'ÉMC (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'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: _____