



DEMANDE D'OBTENTION D'UNE CARTE DE STAGES – juillet 2005-juin 2006 APPLICATION FOR A TRAINING CARD – July 2005-June 2006

ATTENTION

Veillez prendre note que la demande de carte de stages **doit être reçue au plus tard le 15 mai** de chaque année, et être adressée à la **Section des cartes de stages**.

NOTICE

Please take note that the training card **must be received by May 15** of each year, and that it must be addressed to the **Training Card Section**.

DIRECTIVES

Pour effectuer des stages de formation dans des établissements du Québec, une personne doit préalablement être inscrite auprès du Collège des médecins du Québec (CMQ). Elle doit ensuite faire une demande de carte de stages avant de pouvoir signer un contrat avec un établissement de santé.

INSTRUCTIONS

Any person training in the establishments of the Province of Québec must register with the Collège des médecins du Québec (CMQ) in order to obtain a training card before signing a contract with an establishment.

Veillez lire attentivement les directives suivantes :

- Veillez remplir les **deux pages** de ce questionnaire avant de le **signer** et de le retourner au Collège, accompagné d'un chèque fait au montant indiqué. Ce montant couvre les frais de la carte de stages pour l'année 2005-2006.
- Les personnes diplômées des universités du Canada et des États-Unis doivent, **avant d'obtenir leur première carte de stages**, remplir le formulaire *Demande de reconnaissance d'équivalence du diplôme de Docteur en médecine et/ou de formation postdoctorale* et le retourner avec les documents exigés.
- Les personnes diplômées des universités situées **en dehors du Canada et des États-Unis et qui ne détenaient pas de carte de stages au cours de l'année 2004-2005**, doivent fournir un dossier complet au Collège. Si vous ne l'avez pas déjà fait, vous devez obtenir du CMQ le formulaire *Demande d'admissibilité à des stages de perfectionnement à titre de moniteur clinique* et le retourner avec les documents exigés.
- Si votre demande est acceptée, le CMQ vous enverra une carte de stages sur laquelle seront indiqués les endroits où vous pourrez effectuer des stages de formation. Vous pourrez alors signer votre contrat et le retourner à l'établissement.
- Sur votre carte de stages seront indiqués votre nom, votre titre et le nom des milieux pour lesquels votre carte a été accordée. Si au cours de l'année, vous devez changer de milieu, vous devrez en aviser le CMQ, qui vous émettra ou non une nouvelle carte.

Read carefully the following instructions:

- Complete and return the questionnaire and a cheque for the indicated amount made payable to the Collège des médecins du Québec. This amount covers your training card fees for 2005-2006. You must complete **the two pages** of the questionnaire and **sign** it.
- Any person who graduated from a medical school in Canada or the U.S.A. must, **before obtaining their first training card**, submit a *Request for recognizing the equivalence of the diploma and/or postdoctoral training* and return it with the required documents.
- Any person who graduated from a medical school **outside of Canada and the U.S.A. who did not hold a training card in 2004-2005**, must send us all the required documents. If you have not already sent your documents to the CMQ, you must obtain the special form entitled *Application for eligibility for advanced education as a clinical fellow* and return it to the CMQ with all the required documents.
- If your request is accepted, the CMQ will grant you a training card allowing you to serve in the training sites listed on your training card. You may then sign your contract and return it to the establishment.
- Your training card will bear your name, your title and the name of the training sites for which this card has been granted. If, during the year, you have to change sites, you must inform the CMQ, which in turn, may or may not issue you a new card.

LA CARTE DE STAGES NE DONNE PAS LE DROIT :

- d'exercer la médecine en dehors des milieux mentionnés sur la carte de stages;
- de rédiger des ordonnances médicales, sauf pour les patients des milieux où vous êtes autorisé(e) à exercer et ce, conformément aux lois et règlements en vigueur;
- d'acheter des médicaments des compagnies pharmaceutiques pour votre propre compte;
- de demander des honoraires;
- de signer certains documents médicaux, tels des certificats de décès, des rapports concluant à la nécessité d'une cure fermée, des formulaires d'assurance ainsi que les formulaires de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, de la Régie de l'assurance maladie ou de toute autre agence agissant comme tiers-payeur;
- Le ou la candidat(e) qui obtient une carte de stages est immatriculé(e) auprès du CMQ. Cette immatriculation peut être révoquée conformément à ce que prévoient les règlements du CMQ.

YOUR TRAINING CARD DOES NOT ALLOW YOU :

- to practise medicine outside the sites listed on your training card;
- to write prescriptions, except for patients in the sites where you are registered, while observing the limits of the applicable laws and regulations;
- to buy drugs from pharmaceutical companies for personal use;
- to charge fees;
- to sign certain medical documents such as death certificates, reports stating the necessity for closed treatment, insurance forms and forms of the Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, Régie de l'assurance maladie or any other third-party payer.
- The candidate who obtains a training card is registered with the CMQ. This registration may be revoked in accordance with the regulations of the CMQ.

COÛTS

Carte de stages Grille tarifaire

Le montant exigé représente les frais pour l'obtention d'une carte de stages. Ces frais sont distincts de la cotisation annuelle que doivent verser au plus tard le 1^{er} juillet de chaque année les médecins détenteurs d'un permis qui désirent demeurer inscrits au Tableau du Collège des médecins du Québec et maintenir leur droit d'exercice.

FEES

Training Card Forms and fees

The amount is the fee for obtaining a training card, not to be confused with the annual assessment fee to be paid no later than July 1st of every year by permit-holders who wish to remain registered on the Roll of the Collège des médecins du Québec and maintain their right to practise medicine.



DEMANDE D'OBTENTION D'UNE CARTE DE STAGES – juillet 2005-juin 2006 APPLICATION FOR A TRAINING CARD – July 2005-June 2006

N° RÉSIDENT(E) (carte) RESIDENT N° (card)	NOM DE FAMILLE / SURNAME				PRÉNOMS / GIVEN NAMES			
ADRESSE / ADDRESS	NUMÉRO / NUMBER	RUE / STREET	APP./APT		VILLE / CITY			
PAYS / COUNTRY		CODE POSTAL /POSTAL CODE		DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH			SEXE / GENDER	
				AN / YR	MO.	JR/DAY	M	F
				<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue dans laquelle vous désirez recevoir le courrier					Language in which you wish to receive your mail			
Français <input type="checkbox"/>		Anglais <input type="checkbox"/>		French <input type="checkbox"/>		English <input type="checkbox"/>		
TÉLÉPHONE : TELEPHONE:			TÉLÉCOPIEUR : FAX:			COURRIEL : E-MAIL:		
- DOMICILE : HOME: (_____) _____ - _____			_____			_____		
- TRAVAIL : WORK: (_____) _____ - _____			_____			_____		

DIPLÔME / DIPLOMA		ANNÉE / YEAR
DIPLOME DE MEDECIN MEDICAL DEGREE _____		UNIVERSITÉ / UNIVERSITY
1 COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA (CMFC) COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA (CFPC)		ANNÉE / YEAR
2 CERTIFICAT(E) DU/OF COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC		SPÉCIALITÉ / SPECIALTY ANNÉE / YEAR
3 CERTIFICAT DU COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA CERTIFICATE		SPÉCIALITÉ / SPECIALTY ANNÉE / YEAR
4 AMERICAN BOARD OF MEDICAL SPECIALTIES OR OF FAMILY PRACTICE		SPÉCIALITÉ / SPECIALTY ANNÉE / YEAR
5 M. Sc. Ph. D		UNIVERSITÉ / UNIVERSITY ANNÉE / YEAR

PERMIS D'EXERCICE DE LA MÉDECINE PERMIT TO PRACTISE: <input type="checkbox"/> QUÉBEC ANNÉE: YEAR: _____	<input type="checkbox"/> AUTRE PROVINCE IN ANOTHER PROVINCE _____ LAQUELLE / SPECIFY DATE _____	<input type="checkbox"/> AUTRE PAYS IN ANOTHER COUNTRY _____ LEQUEL / SPECIFY DATE _____
--	---	--

DEMANDE D'OBTENTION D'UNE CARTE DE STAGES / APPLICATION FOR A TRAINING CARD

INSCRIPTION AU PROGRAMME DE : ADMISSION TO THE PROGRAM OF: <input type="checkbox"/> Médecine de famille / Family Medicine <input type="checkbox"/> Spécialité / Specialty Laquelle / Specify: _____	A L'UNIVERSITÉ DE : AT THE UNIVERSITY OF: <input type="checkbox"/> Laval <input type="checkbox"/> McGill <input type="checkbox"/> Montréal <input type="checkbox"/> Sherbrooke
DU / FROM	AU / TO
2005/ /	2006/ /
2005/ /	2006 / /
2005 / /	2006 / /

POSTE DEMANDÉ : (DE JUILLET 2005 À JUIN 2006) APPOINTMENT REQUESTED : (FROM JULY 2005 TO JUNE 2006) MÉDECINE DE FAMILLE / FAMILY MEDICINE 1 <input type="checkbox"/> Résident I 2 <input type="checkbox"/> Résident II 3 <input type="checkbox"/> Résident III SPÉCIALITÉS / SPECIALTIES 1 <input type="checkbox"/> Résident I 2 <input type="checkbox"/> Résident II 3 <input type="checkbox"/> Résident III 4 <input type="checkbox"/> Résident IV 5 <input type="checkbox"/> Résident V 6 <input type="checkbox"/> Résident VI 7 <input type="checkbox"/> Résident VII RÉSIDENTS - BOURSIERS - FELLOWS 8 <input type="checkbox"/> MONITEUR CLINIQUE CLINICAL FELLOW 9 <input type="checkbox"/> MONITEUR RECHERCHE ET CLINIQUE RESEARCH AND CLINICAL FELLOW	ALLOCATION / STIPEND VOUS SEREZ PAYÉ PAR YOU WILL BE PAID BY 1 <input type="checkbox"/> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (RAMQ) 2 <input type="checkbox"/> FORCES ARMÉES ARMED FORCES 3 <input type="checkbox"/> GOUVERNEMENT FÉDÉRAL FEDERAL GOVERNMENT 4 <input type="checkbox"/> BOURSES GRANTS _____ 5 <input type="checkbox"/> AUTRE REVENU OTHER INCOME _____
--	---

À REMPLIR UNIQUEMENT LORSQUE LA FORMATION A ÉTÉ FAITE À L'EXTÉRIEUR DE LA PROVINCE DE QUÉBEC
 TO BE COMPLETED ONLY IF THE TRAINING HAS BEEN DONE OUTSIDE THE PROVINCE OF QUEBEC

FORMATION ANTÉRIEURE POUR: PREVIOUS POST-GRADUATE TRAINING FOR :	1) INTERNAT 1) INTERNSHIP	2) RÉSIDENCE 2) RESIDENCY		
1- INTERNAT / INTERNSHIP ÉTABLISSEMENTS / ESTABLISHMENTS			DATE	N ^{bre} de MOIS NO. of MONTHS
			20 A / TO 20	
2- ÉTABLISSEMENTS / ESTABLISHMENTS		MÉDECINE DE FAMILLE / SPÉCIALITÉ FAMILY MEDICINE / SPECIALITY	DATE	N ^{bre} de MOIS NO. of MONTHS
			20 A / TO 20	
			20 A / TO 20	
			20 A / TO 20	
			20 A / TO 20	
			20 A / TO 20	
			20 A / TO 20	

J'accepte que le CMO puisse partager les informations pertinentes à l'émission des cartes de stages avec les organismes concernés.
 I agree to allow the CMQ to share information pertinent to the issuance of the training cards with the organizations concerned.

SIGNATURE _____ DATE _____

À L'USAGE DU CMO

N° REÇU _____ DATE _____ REMARQUE _____