Effacer tout

Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Outaouais
Québec

# FORMULAIRE POUR LE PROGRAMME eClinibase
## ☐ D'INSCRIPTION ou ☐ DE MODIFICATION

| IDENTIFICATION | | | |
|---|---|---|---|
| Nom et prénom : | | | |
| **Demande pour médecins, dentiste, pharmaciens, cliniques, pharmacies**<br>**Acheminer à** : 07CISSSO_DSPPC@ssss.gouv.qc.ca | | | |
| ☐ Médecin | Spécialité : | | #permis CMQ :<br>#permis CPSO : |
| ☐ Dentiste | #permis ODQ : | ☐ Pharmacien | #permis OPQ : |
| **Demande pour infirmières hors CISSSO, IPS-PL hors CISSSO**<br>**Acheminer à :** 07.dsi_prescripteurs@ssss.gouv.qc.ca | | | |
| ☐ IPS-PL | #OIIQ : | ☐ Infirmière | #OIIQ : |
| Pour les infirmières, inscrire votre numéro de prescripteur au long (81XXXX, 82XXXX, 83XXXX) OBLIGATOIRE: | | | |
| **Précision** :<br>Pour une demande concernant les infirmières prescriptrices à l'emploi du CISSS de l'Outaouais, **ne pas utiliser ce formulaire**. Demandez votre formulaire par courriel à *Sylvie_boyer@ssss.gouv.qc.ca* ou joindre Adèle Gorman, conseillère cadre à la direction des soins infirmiers – Soutien à la pratique adresse courriel adele_gorman@ssss.gouv.qc.ca | | | |
| **Demande pour les sages-femmes**<br>**Acheminer à :** 07_cissso_mdn@ssss.gouv.qc.ca | | | |
| ☐ Sage-femme | #permis RAMQ: | | |

| COORDONNÉES DU LIEU DE PRATIQUE | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Adresse principale | | ☐ Adresse supplémentaire | |
| Nom du lieu de pratique | | | |
| Adresse complète incluant la municipalité et le code postal : | | | |
| Numéro de téléphone | | Numéro de télécopieur | |
| Courriel (professionnel) | | | |
| Je certifie que le télécopieur est installé dans un endroit surveillé, accessible au personnel autorisé seulement : | ☐ Oui | ☐ Non | ☐ Ne sais pas |

| DEMANDEUR | |
|---|---|
| Date de la demande : | Envoyé par : |
| Site : | |
| No téléphone : | No de fax : |

| VALIDATION | |
|---|---|
| ☐ | Nom complet et dans le bon ordre (Nom famille, Prénom) |
| ☐ | Pour les médecins confirmer la spécialité du médecin sur le bottin du CMQ ou de CPSO |
| ☐ | Numéro de permis valider sur le site de l'ordre professionnel |
| ☐ | Nom de la clinique confirmer |
| ☐ | Adresse complète, numéro de téléphone et numéro de télécopieur confirmer |
| ☐ | Valider que le professionnel pratique à cette adresse |

| COMMENTAIRE |
|---|
| |