 **Médecin de famille**

Faculté de médecine et des sciences de la santé

Programme postdoctoral

Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Demande de remboursement pour la participation des aux activités d’enseignement dans le cadre d’activités d’enseignement au **Programme postdoctoral \*** des professeurs d’enseignement clinique de la Faculté de médecine (PEC)

Professeur \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Activités**  **Équivalence horaire \*** | **1 h =** | **Type d’activité**  **Cochez le type** | **Description de l’activité** |
| Activité de raisonnement clinique (ARC) | 2 H / session |  | **Titre de l’activité :**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Date de l’activité : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Durée de l’activité (H) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ heures**  **Nombre de (H) à rémunérer**  (nb d’heure x valeur ~H~ (voir annexe G) **\_\_\_\_\_\_ H**  **\*Extrait de l’Annexe G de la convention collective de l’APECFMUS** |
| Cours magistraux/théoriques – externat | 3 H |  |
| Cours magistraux/théoriques – Postdoctoral | 2 H |  |
| Cours magistraux/théoriques –  Répétition dans la même année | 1 H |  |
| Cours siglé pour les étudiants de 1ère, 2e et 3 années de Médecine | 3 H / heure |  |
| ÉCOS ou examen oral pour résidents  (incluant pratiques d’examens) | 1 H |  |
| ÉCOS et correction d’examen écrit | 1.5 H |  |
| ÉCOS – Standardisation des ÉCOS | 1 H |  |
| Laboratoires pour résidents | 1 H |  |
| Autres : (expliquer) | | |
| **Activité d’enseignement payée par le Centre de formation continue (CFC)** | | |
| ATLS  APLS  ACLS | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **S.V.P. Retournez ce document complété et signé :**  par courriel : [Remuneration-Med@Usherbrooke.ca](mailto:Remuneration-Med@Usherbrooke.ca)  par télécopieur : (819) 564-5378  à l’attention de M. René Doyon  Commis (soutien à l’enseignement)  Secrétariat des études médicales pré-doctorales  3001,12e Avenue Nord  Sherbrooke (Québec) J1H 5N4  (819) 821-8000 poste 72014 | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du professeur d’enseignement clinique  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Signature du Directeur de programme  \*Obligatoire pour toute l’activité |
|  |  |

Corrigé le 25 janvier 2017