



Liste des professionnels de la santé qui acceptent d'agir à titre de membres du Bureau d'évaluation médicale

Note : – Le BEM est institué par l'article 216 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. (chapitre A-3.001)

Inscription **Réinscription**

Note : Dans le cas d'une réinscription, vous n'avez pas à compléter la section B.

A – Renseignements sur votre identité

Nom		Prénom	
Adresse de correspondance	Numéro	Rue	Appartement
	Ville		Code postal
Province			
Téléphone	Télécopieur	Courriel	

B – Renseignements relatifs à une inscription

1. Quel pourcentage de votre temps consacrez-vous aux activités suivantes :

Activité	% de votre temps	Lieu de l'activité (ex. : hôpital, clinique, CLSC, direction de santé publique, cabinet privé, etc.)
Clinique		
Recherche		
Enseignement		
Administration		

2. À titre de membre du BEM, précisez la ou les spécialités qui vous intéressent.

Spécialité	Date de certification

3. Avez-vous déjà agi à titre d'arbitre ou de membre du BEM?

Oui Non

Si oui, précisez.

4. Combien de jours pourriez-vous consacrer au BEM?

Par semaine Par mois

5. Où accepteriez-vous d'agir?

- Bureau de Montréal Bureau en région
- Bureau de Québec À votre cabinet privé
(certaines spécialités seulement)

S'il y a lieu, précisez.



C – Renseignements sur l'expérience professionnelle

1. Ordre professionnel Collège des médecins du Québec
 Ordre des dentistes du Québec
 Ordre des pharmaciens du Québec

2. Numéro de permis

Date d'obtention

AAAA-MM-JJ

3. Précisez à quel endroit vous exercez votre profession actuellement (hôpital, clinique, CLSC, direction de santé publique, cabinet privé, etc.)

Nom de l'établissement			
Adresse	Numéro	Rue	Appartement
	Ville		Province
			Code postal

4. Exercez-vous votre profession en cabinet privé avec d'autres professionnels de la santé? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des informations sur la composition du cabinet.

5. Êtes-vous salarié? Oui Non

Si oui, précisez le nom et l'adresse de votre employeur.

Nom			
Adresse	Numéro	Rue	Appartement
	Ville		Province
			Code postal

6. Effectuez-vous des expertises pour le compte de l'un ou plusieurs des organismes suivants? (Ne tenez pas compte des expertises que vous faites pour vos propres patients.)

Organisme	Oui	Non	Nombre par mois	Date de début	Date de fin
CNESST					
Syndicats					
Associations de travailleurs et de salariés					
Employeurs					
Association d'employeurs					
Cliniques spécialisées en expertise					
Précisez le type d'expertise :					

7. Avez-vous un lien contractuel avec l'un ou plusieurs de ces organismes? Si oui, précisez.

Organisme	Oui	Non	Type de lien
CNESST			
Syndicats			
Associations de travailleurs et de salariés			
Employeurs			
Association d'employeurs			
Cliniques spécialisées en expertise			



D – Engagement et autorisation

Je m'engage à me conformer aux conditions prévues dans la Politique générale concernant la confection et la gestion de la liste des professionnels de la santé qui acceptent d'agir à titre de membres du Bureau d'évaluation médicale, dont j'ai pris connaissance.

À compter de mon inscription par le ministre du Travail sur la Liste des professionnels de la santé qui acceptent d'agir à titre de membres du Bureau d'évaluation médicale, je m'engage à informer sans délai le Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre (CCTM) par écrit, lorsque je ne suis plus en mesure de satisfaire à l'une ou l'autre des conditions prévues dans cette politique du CCTM.

Je m'engage également à informer le CCTM de toutes remarques, commentaires, rapports, observations, recommandations, décisions, résolutions me concernant ou ayant pu m'être faits par le Collège des médecins du Québec, l'Ordre des dentistes du Québec ou l'Ordre des pharmaciens du Québec, le syndic, un syndic adjoint, un inspecteur, le comité d'inspection professionnelle, le conseil de discipline, le comité d'admission à l'exercice, le comité de révision, le comité exécutif, le conseil d'administration ou toute autre instance. Cet engagement comprend la divulgation des lettres de conclusion des enquêtes qui seraient incluses dans mon certificat de conduite professionnelle. Le présent consentement permet aussi la divulgation de toute limitation ou tout engagement affectant mon droit d'exercer.

J'autorise le personnel, les représentants et mandataires du ministère du Travail (incluant les représentants et membres du Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre) à procéder aux vérifications et consultations jugées nécessaires à l'examen de ma demande d'inscription ou de réinscription.

Date

Signature

E – Transmission de la demande

A – S'il s'agit d'une demande d'inscription, veuillez joindre votre curriculum vitae au formulaire.

B – Veuillez remplir l'autorisation de communication de renseignements avec votre ordre professionnel. (Annexe 1 ou annexe 2 du formulaire selon le cas)

C – Faites parvenir votre formulaire à l'adresse suivante :

Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre
Ministère du Travail
500 boul. René-Lévesque Ouest, bureau 17.100
Montréal (Québec) H2Z 1W7
Téléphone : 514 873-2880
Télécopieur : 514 873-1129
Courriel : cctm@cctm.gouv.qc.ca

**Joindre
le CV**

Protection des renseignements personnels

Les renseignements personnels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions du ministère du Travail. L'accès à ces renseignements est limité aux seules personnes autorisées à les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Omettre de les fournir peut entraîner le refus de votre demande. Vous avez le droit de connaître les renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d'en recevoir communication ou d'en demander la rectification. Vous devez faire une demande par écrit et l'adresser au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.





Ce consentement vise la communication postérieure à l'entrée en fonction et en continu des renseignements qui peuvent modifier le statut ou l'exercice d'un médecin.

J'autorise le secrétaire du Collège des médecins du Québec à communiquer les renseignements contenus dans mon dossier professionnel au président du Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre (CCTM).

Cette autorisation vise notamment les remarques, commentaires, rapports, observations, recommandations, décisions, résolutions me concernant ou ayant pu m'être faits par le Collège des médecins du Québec, le syndic, un syndic adjoint, un inspecteur, le comité d'inspection professionnelle, le conseil de discipline, le comité d'admission à l'exercice, le comité de révision, le comité exécutif, le conseil d'administration ou toute autre instance. Cette autorisation comprend la divulgation des lettres de conclusion des enquêtes qui seraient incluses dans un certificat de conduite professionnelle. Cette autorisation comprend aussi la divulgation de toute limitation ou tout engagement modifiant le droit d'exercer.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de mon mandat au Bureau d'évaluation médicale (BEM). Si des événements modifiant le contenu de mon dossier professionnel surviennent durant mes fonctions au BEM, le Collège des médecins du Québec est autorisé à transmettre les éléments énumérés ci-dessus au CCTM sans avis préalable de ma part. Une copie de toute transmission de renseignements par le Collège des médecins au CCTM me sera automatiquement transmise.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Prénom (en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis

Date

Signature





Ce consentement vise la communication postérieure à l'entrée en fonction et en continu des renseignements qui peuvent modifier le statut ou l'exercice d'un dentiste.

J'autorise le secrétaire de l'Ordre des dentistes du Québec à communiquer les renseignements contenus dans mon dossier professionnel au président du Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre (CCTM).

Cette autorisation vise les recommandations, décisions, résolutions me concernant ou ayant pu m'être faits par l'Ordre des dentistes du Québec, le syndic, un syndic adjoint, un inspecteur, le comité d'inspection professionnelle, le conseil de discipline, le comité d'admission à l'exercice, le comité de révision, le comité exécutif, le conseil d'administration ou toute autre instance. Cette autorisation comprend la divulgation des lettres de conclusion des enquêtes du syndic qui ont données lieu à une mesure administrative. Cette autorisation comprend aussi la divulgation de toute limitation ou tout engagement modifiant le droit d'exercer.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de mon mandat au Bureau d'évaluation médicale (BEM). Si des événements modifiant le contenu de mon dossier professionnel surviennent durant mes fonctions au BEM, l'Ordre des dentistes du Québec est autorisé à transmettre les éléments énumérés ci-haut au CCTM sans avis préalable de ma part. Une copie de toute transmission de renseignements par l'Ordre des dentistes du Québec au CCTM me sera automatiquement transmise.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Prénom (en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis

Date

Signature





Ce consentement vise la communication postérieure à l'entrée en fonction et en continu des renseignements qui peuvent modifier le statut ou l'exercice d'un pharmacien.

J'autorise le syndic de l'Ordre des pharmaciens du Québec à transmettre les renseignements contenus dans mon dossier professionnel au secrétaire de l'Ordre. J'autorise également le secrétaire de l'Ordre à communiquer ces renseignements au président du Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre (CCTM).

Cette autorisation vise notamment les remarques, commentaires, rapports, observations, recommandations, décisions, résolutions me concernant ou ayant pu m'être faits par l'Ordre des pharmaciens du Québec, le syndic, un syndic adjoint, un inspecteur, le comité d'inspection professionnelle, le conseil de discipline, le comité d'admission à l'exercice, le comité de révision, le comité exécutif, le Conseil d'administration ou toute autre instance. Cette autorisation comprend la divulgation des lettres de conclusion des enquêtes qui seraient incluses dans un certificat de conduite professionnelle. Cette autorisation comprend aussi la divulgation de toute limitation ou tout engagement affectant le droit d'exercer.

Cette autorisation est valable pour toute la durée de mon mandat au BEM. Si des événements affectant le contenu de mon dossier professionnel surviennent durant mes fonctions au BEM, l'Ordre des pharmaciens du Québec est autorisé à transmettre les éléments énumérés ci-dessus au CCTM sans avis préalable de ma part. Une copie de toute transmission de renseignements par l'Ordre des pharmaciens du Québec au CCTM me sera automatiquement transmise.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Prénom (en caractères d'imprimerie)

Numéro de permis

Date

Signature

