

**AVIS D'ASSIGNATION**  
SERVICES DE LABORATOIRE EN ÉTABLISSEMENT  
**BIOCHIMIE MÉDICALE**  
(Addendum 3)

**Identité du médecin**

NOM ET PRÉNOM

NUMÉRO

**Période d'assignation**

DU	Année	Mois	Jour	AU	Année	Mois	Jour
----	-------	------	------	----	-------	------	------

**A) Charge professionnelle**

Pleine charge = 80 K  
Charge partielle, 45 K ou moins

	NOM DU CENTRE HOSPITALIER	NUMÉRO	CHARGE
<b>PRINCIPAL</b>			
<b>AUTRES</b>			
<b>TOTAL</b>			

**(max. 80)**

**B) Supplément de charge**

(Entre 6 K et 12 K)

• **GESTION DES RESSOURCES** (dans le centre hospitalier principal)\*.....

• **MÉDECIN-CONSEIL**

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT	NUMÉRO	CHSGS ou CHSP (✓)	CHSLD ou CLSC avec urgence (✓)	CHSLD ou CLSC sans urgence (✓)	Centre de prélève- ments sanguins (✓)	REMPACEMENT (✓)	(Lettres K)
<b>TOTAL</b>							

**(max. 15)**

**C) Remplacement (s'il y a lieu)**

**Médecin remplacé**

NOM ET PRÉNOM

NUMÉRO

**Période de remplacement**

DU	Année	Mois	Jour	AU	Année	Mois	Jour
----	-------	------	------	----	-------	------	------

Raison :  Grossesse  Invalidité

**Information complémentaire**

.....

.....

J'autorise la RAMQ à transmettre à la FMSQ et au MSSS une copie du présent avis d'assignation.	SIGNATURE DU MÉDECIN BIOCHIMISTE	Date Année Mois Jour
--	----------------------------------	-------------------------

Avis : La Régie considère que ce document a été vérifié par les signataires du présent avis d'assignation et que les renseignements transmis sont exacts et complets.	SIGNATURE DU CHEF DU SERVICE OU DU DÉPARTEMENT DE BIOCHIMIE DU CENTRE HOSPITALIER PRINCIPAL OU DE LA PERSONNE QUI EN ASSUME LES RESPONSABILITÉS	Date Année Mois Jour
---	---	-------------------------

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

### Période d'assignation

- Inscire la date de début et de fin de la période d'assignation pour la charge professionnelle mentionnée. Cette charge s'étale sur une année civile, soit du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre. Il est possible que la période indiquée diffère lors d'un début de pratique ou d'un changement de la charge professionnelle en cours d'année. Dans un tel cas, indiquer la période visée par cette charge sans jamais dépasser le 31 décembre de l'année en cours pour la date de fin.

### PARTIE A : CHARGE PROFESSIONNELLE

- Inscire sur la première ligne le nom et le numéro du centre hospitalier principal, soit celui où le médecin exerce la majeure partie de sa charge professionnelle.
- Indiquer la charge professionnelle assumée (lettres K) : une pleine charge est de 80 K et une charge partielle est de 45 K ou moins.
- Si la charge professionnelle se répartit dans plus d'un centre hospitalier, inscrire sur les lignes suivantes le nom et numéro de tout autre centre hospitalier et la charge partielle correspondante.
- Inscire le **total** de la charge (maximum 80 K).

### PARTIE B : SUPPLÉMENT DE CHARGE

#### GESTION DES RESSOURCES

(autorisé seulement pour le biochimiste ayant une pleine charge ou une charge partielle dans le même centre hospitalier )

- Indiquer la charge en nombre de « lettres K » selon le nombre de médecins utilisateurs dans le centre hospitalier.

Nombre de médecins utilisateurs	Nombre de « lettres K »
Moins de 100.....	6 K
Entre 100 et 149.....	8 K
Entre 150 et 199.....	10 K
Entre 200 et 249.....	11 K
Plus de 249.....	12 K

- \* **Important:** Si la gestion des ressources s'effectue dans un centre hospitalier autre que le principal ou si la gestion des ressources est assurée dans plus d'un centre hospitalier, indiquer dans quel centre hospitalier cette ou ces charges sont assurées sous la rubrique *Information complémentaire*.

#### MÉDECIN-CONSEIL

(autorisé seulement pour le biochimiste ayant une pleine charge ou une charge partielle dans un autre établissement)

- Inscire le nom et le numéro du ou des établissements où est assumée la charge de médecin-conseil.
- Cocher la case se rapportant à la situation de l'établissement:
  - CHSGS ou CHSP : centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ou centre hospitalier de soins psychiatriques sans biochimiste pleine charge ou charge partielle (maximum 8 K);
  - CHSLD ou CLSC avec URGENCE : centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou centre local de services communautaires (CLSC) comportant un laboratoire et une salle d'urgence (maximum 6 K);
  - CHSLD ou CLSC sans URGENCE : centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou centre local de services communautaires (CLSC) comportant un laboratoire mais sans salle d'urgence (maximum 6 K);
  - CENTRE DE PRÉLÈVEMENTS SANGUINS : centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD) ou centre local de services communautaires (CLSC) sans laboratoire mais avec un centre de prélèvements sanguins ou utilisant des appareils d'analyse hors laboratoire (maximum 2 K).
- Cocher s'il s'agit d'un **remplacement** et dans ce cas remplir la partie **C** : *Remplacement*
- Indiquer la **charge** professionnelle en tenant compte du maximum autorisé par la situation.
- Inscire le **total** des suppléments de charge de gestion des ressources et de médecin conseil (maximum 15 lettres K).

### PARTIE C : REMPLACEMENT

- Indiquer la période d'absence du médecin remplacé et la raison de l'absence. Si un deuxième remplacement est effectué durant la même période d'assignation, indiquer le médecin remplacé, la période et la raison d'absence sous la rubrique *Information complémentaire*.

#### Signature

- Le médecin biochimiste doit obligatoirement signer le formulaire.
- Le Chef du département ou du service du laboratoire de biochimie du centre hospitalier principal ou la personne qui en assume les responsabilités doit contresigner l'avis d'assignation et indiquer la date de signature.

**N.B. Ce formulaire doit être rempli chaque fois qu'une modification de charge intervient en cours d'année. L'ensemble de la charge professionnelle doit toujours être décrite.**