

**MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE**  
(Addendum 5)

**Identité du médecin**

NOM ET PRÉNOM	NUMÉRO
---------------	--------

**Période d'assignation**

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

**A) Charge professionnelle**

Pleine charge = 1,00  
Charge partielle, multiple de 0,05

	NOM DU CENTRE HOSPITALIER	NUMÉRO	CHARGE
PRINCIPAL			
AUTRES			
<b>TOTAL</b>			(maximum 1,00)

**B) Participation à un service de desserte régionale ou suprarégionale**

NOM DU CENTRE HOSPITALIER	NUMÉRO	CHARGE
<b>TOTAL</b>		(maximum 0,24)

**NOTE : 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.**

J'autorise la RAMQ à transmettre à la FMSQ et au MSSS une copie du présent avis d'assignation.	SIGNATURE DU MÉDECIN MICROBIOLOGISTE INFECTIOLOGUE	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 MICROBIOLOGIE-INFECTIOLOGIE DU CENTRE HOSPITALIER PRINCIPAL OU DE LA PERSONNE QUI EN ASSUME LES RESPONSABILITÉS	Date Année Mois Jour
---	---	-------------------------

## RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

### Période d'assignation

- Inscrire 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

- Inscrire 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 (nombre décimal) :  
une pleine charge équivaut à 1,00 et  
une charge partielle se fait par un multiple de 0,05 compris entre 0,05 et 0,95 (ex: 0,75)
- 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.
- Inscrire le **total** de la charge (maximum 1,00).

### Partie B : Participation à un service de desserte régionale ou suprarégionale

- Inscrire le nom et le numéro du ou des centres hospitaliers où le médecin participe à une desserte régionale ou suprarégionale. Indiquer la majoration accordée dans chaque centre hospitalier (nombre décimal).
- Inscrire le **total** de la majoration accordée (maximum 0,24).

### Signature

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