

No de demande (usage interne CEVQ) : _____

M1.0 Demande de service – Équipe de mentorat clinique

Date de la demande		
Nom de l'utilisateur	Date de naissance :	
Nom de l'établissement		
Type d'établissement	<input type="checkbox"/> CHU/CHA <input type="checkbox"/> CHSLD <input type="checkbox"/> CSSS	<input type="checkbox"/> CHLSD privé conventionné <input type="checkbox"/> Établissement privé <input type="checkbox"/> Autre :
Secteur d'activité	<input type="checkbox"/> Soins de longue durée <input type="checkbox"/> Soins généraux de courte durée <input type="checkbox"/> Urgence/triage <input type="checkbox"/> Clinique réseau <input type="checkbox"/> Soutien à domicile <input type="checkbox"/> Unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> UCDG <input type="checkbox"/> URFI <input type="checkbox"/> UJEG <input type="checkbox"/> Hôpital de jour <input type="checkbox"/> Ressource de transition
Région administrative	<input type="checkbox"/> Bas-Saint-Laurent <input type="checkbox"/> Saguenay <input type="checkbox"/> Lac-Saint-Jean <input type="checkbox"/> Capitale-Nationale <input type="checkbox"/> Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/> Mauricie et Centre-du-Québec <input type="checkbox"/> Côte-Nord <input type="checkbox"/> Gaspésie- Îles-de-la-Madeleine <input type="checkbox"/> Autre :
Nom du demandeur	Fonction :	
Direction concernée		
Coordonnées	Téléphone : (____) _____ Télécopieur : (____) _____ Adresse courriel :	

ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ par courriel à cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

OU par télécopieur au 418-682-7754

POUR NOUS JOINDRE

Téléphone : 418-682-7511, poste 82166

Courriel : cevq.mentorat.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

M1.1 Demande de mentorat clinique (coaching)

Objectifs poursuivis	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Nombre prévu de participants	
Les participants ont suivi une formation offerte par le CEVQ	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compétence visée par la demande de coaching : (examen pulmonaire, cardiaque, abdominal, prévention des chutes, SCPD, etc.)	Spécifier : <hr/> <hr/>
Un plan de déploiement de la nouvelle compétence est prévu par l'organisation (c'est-à-dire de quelle façon les nouvelles connaissances seront transmises dans votre organisation)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Signature : _____ **Date :** _____

ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ par courriel à cevq.mentorat.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca

OU par télécopieur au 418-682-7754