

**DEMANDE D'ÉLABORATION D'UNE ORDONNANCE COLLECTIVE OU D'UN PROTOCOLE MÉDICAL  
AU COMITÉ DIRECTEUR DES ORDONNANCES COLLECTIVES ET PROTOCOLES (CDOCP)**

**TITRE, THÈME OU SUJET**

Entrer le titre, le thème ou le sujet

**CLIENTÈLE VISÉE**

Entrer la clientèle visée

**PROFESSIONNEL(S) CONCERNÉ(S)**

Entrer le ou les professionnels concernée

**NOM ET TITRE DU REQUÉRANT**

Nom : Entrer le nom du requérant et le titre

Date : Choisir une date

**RÉFÉRENCES, DONNÉES PROBANTES, LIGNES DIRECTRICES**

Entrer les références, données probantes et lignes directrices

**EN QUOI CETTE ORDONNANCE COLLECTIVE OU CE PROTOLE MÉDICAL SONT-ILS PERTINENT POUR VOTRE SECTEUR D'ACTIVITÉ**

Préciser

**APPLICATION**

La mise en place de cette ordonnance ou de ce protocole médical implique un ajout de ressources (humaines, matériels, financières, etc.)

Oui  Non

Si oui, préciser : Préciser

Une formation sera-t-elle nécessaire pour appliquer cette ordonnance collective ou de ce protocole médical :  Oui  Non

Si oui, préciser : Préciser

Degré de risque de préjudice pour la clientèle :  Faible  Modéré  Élevé

**RETOMBÉS/IMPACTS**

Entrer les retombés/impacts

**DES PROFESSIONNELS SERONT DISPONIBLES POUR CONTRIBUER À LA RÉDACTION**

Nom du professionnel

Titre d'emploi

Nom du professionnel

Titre d'emploi

Nom du professionnel

Titre d'emploi

**COMMENTAIRES**

Entrer les commentaires

**NOM, DATE ET SIGNATURE DU MÉDECIN QUI ENTÉRINE LA DEMANDE**

Nom du médecin : Nom du médecin

Date : Choisir la date

Signature \_\_\_\_\_

Acheminer le formulaire à : [cdocp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cdocp.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca)