

INSCRIPTION DES STAGIAIRES

Année académique :

Spécifique à l'électrophysiologie médicale

Enregistrer le formulaire avant de débiter la saisie

Aux utilisateurs d'ordinateurs Mac | Une incompatibilité entre l'environnement Windows et MAC pourrait corrompre le formulaire. Pour éviter cette situation, assurez vous de : 1) Télécharger Acrobat Reader, 2) Télécharger à nouveau le formulaire, 3) Ouvrir le formulaire avec Acrobat Reader

Le CHUM applique un programme d'accès aux personnes handicapées. Des mesures d'adaptation pourront être offertes sur demande selon la situation.

SECTION 1 - IDENTIFICATION

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Compléter la section 8

SECTION 2 – ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT/RÉPONDANT

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Établissement d'enseignement :

Représentant :

Titre :

Téléphone :

Poste téléphonique :

Courriel :

SECTION 3 – MODALITÉS DE STAGE

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Provenance du stagiaire : Québec

Type de stage : Pratique Observation Perfectionnement Équivalence

Rémunération : Non rémunéré

Programme d'études : Techniques d'électrophysiologie médicale

Spécialité du stage : voir section 8

Niveau scolaire : DEC

Année : 1^{re} 2^e 3^e

SECTION 4 – COMMENTAIRES

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Électrophysiologie médicale du CHUM

SECTION 5 – ACCEPTATION DU STAGE (Réservée au CHUM)

À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE / COORDONNATEUR CHUM

SERVICE CHUM

Direction : DSM

Service : Électrophysiologie médicale

Site : CHUM-Centre hospitalier de l'Université de Montréal

Nom du gestionnaire :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

SPÉCIALITÉS

Électrocardiographie (ECG)

Nom du coordonnateur de stage :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Électroencéphalographie (EEG)

Nom du coordonnateur de stage :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Polysomnographie (PSG)

Nom du coordonnateur de stage :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Faire parvenir le formulaire à l'adresse :

enseignement.interprofessionnel.chum@ssss.gouv.qc.ca

poste : 27068

Date :

N° de groupe
(usage SAAE)

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 1

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui | Non

Spécialités du stage (à cocher)

ECG	EEG	PSG
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Modification nombre total de jours : Date d'annulation :	Modification début : Modification fin : Modification nombre total de jours : Date d'annulation :	Modification début : Modification fin : Modification nombre total de jours : Date d'annulation :

STAGIAIRE 2

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui | Non

Spécialités du stage (à cocher)

ECG	EEG	PSG
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Modification nombre total de jours : Date d'annulation :	Modification début : Modification fin : Modification nombre total de jours : Date d'annulation :	Modification début : Modification fin : Modification nombre total de jours : Date d'annulation :

Retourner par courriel au coordonnateur d'Électrophysiologie médicale du CHUM

G97 HCB, E 8 BH 7 5 HCB 8 B9 7 C < CFH9

/EF9 AD @ F D5 F @ 7 CCF8 CBB5 H9 I F 89 @ H56 @ GG9 A9 BH8 B BC9 B9 A9 BH

GH5; -5 F9 3

Bca :	Dfbca :	8 UH'XY'bUjggUbVW'.	GYI Y. F M
7 cXY'dYfa UbYbh.	7 Y'i `UjY.	*****7 ci ff]Y'.	
5 XfYggY.			
6 Ygc]b`X@ b`WUg]Yf'.	Oui Non		

GdfWU]hf g`Xi `ghU] Y (à cocher)

97; ``	99; ``	DG; ``
		Ei UHXYHfUj U] :
Date de début :	Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :	Date de fin :
Nombre total de jours :	Nombre total de jours :	Nombre total de jours :
Modification début :	Modification début :	Modification début :
Modification fin :	Modification fin :	Modification fin :
Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :
Date d'annulation :	Date d'annulation :	Date d'annulation :

GH5; -5 F9 4

Bca :	Dfbca :	8 UH'XY'bUjggUbVW'.	GYI Y. F M
7 cXY'dYfa UbYbh.	7 Y'i `UjY.	*****7 ci ff]Y'.	
5 XfYggY.			
6 Ygc]b`X@ b`WUg]Yf'.	Oui Non		

GdfWU]hf g`Xi `ghU] Y (à cocher)

97; ``	99; ``	DG; ``
Date de début :	Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :	Date de fin :
Nombre total de jours :	Nombre total de jours :	Nombre total de jours :
Modification début :	Modification début :	Modification début :
Modification fin :	Modification fin :	Modification fin :
Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :
Date d'annulation :	Date d'annulation :	Date d'annulation :

F Yrci fbYf`dUf`Vei ff]Y`Ui `VcfcXcbbUHi f`X@`Ywfcd\ng]c`c[]Ya fX]WU]YXi `7<I A`

G97 HCB, E 8 BH 7 5 HCB 8 B9 7 C < CFH9

/EF9 AD @ F D5 F @ 7 CCF8 CBB5 H9 I F 89 @ H56 @ GG9 A9 BH8 B BC9 B9 A9 BH

GH5; -5 F9 7

Bca :	Dfbca :	8 UH'XY'bUjggUbVW'.	GYI Y. F M
7 cXY'dYfa UbYbh.	7 Y'i 'UjY.	*****7 ci ff]Y'.	
5 XfYggY.			
6 Ygc]b'XB b'WUg]Yf'.	Oui Non		

GdfWU]hf g'Xi 'gHU Y (à cocher)

97; ''	99; ''	DG; ''
Date de début :	Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :	Date de fin :
Nombre total de jours :	Nombre total de jours :	Nombre total de jours :
Modification début :	Modification début :	Modification début :
Modification fin :	Modification fin :	Modification fin :
Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :
Date d'annulation :	Date d'annulation :	Date d'annulation :

GH5; -5 F9 8

Bca :	Dfbca :	8 UH'XY'bUjggUbVW'.	GYI Y. F M
7 cXY'dYfa UbYbh.	7 Y'i 'UjY.	*****7 ci ff]Y'.	
5 XfYggY.			
6 Ygc]b'XB b'WUg]Yf'.	Oui Non		

GdfWU]hf g'Xi 'gHU Y (à cocher)

97; ''	99; ''	DG; ''
Date de début :	Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :	Date de fin :
Nombre total de jours :	Nombre total de jours :	Nombre total de jours :
Modification début :	Modification début :	Modification début :
Modification fin :	Modification fin :	Modification fin :
Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :	Modification nombre total de jours :
Date d'annulation :	Date d'annulation :	Date d'annulation :

F Yrci fbYf dUf Vei ff]Y'Ui 'VcfcXcbbUhf f'XB'YWfcd\ng]c'c[JYa fX]WU]YXi 7 < I A