

# PRÉCEPTORAT À LA CLINIQUE DE DOULEUR

**Le lundi 8 février 2010  
et le mardi 9 février 2010**

**Faculté de médecine  
et des sciences de la santé**

*(située dans les locaux du CHUS – Hôpital Fleurimont)*

3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord

Sherbrooke (Québec)

*(Autoroute 10-55, Sortie 143 puis Autoroute 610, sortie 7)*

## Direction scientifique

CHRISTIAN CLOUTIER, M.D.

Professeur agrégé

Service de neurochirurgie

Département de chirurgie

Université de Sherbrooke

Responsable de la Clinique

Multidisciplinaire de douleur

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

## Renseignements

**Centre de formation continue**

3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord

Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

Téléphone : (819)564-5350

Télécopieur : (819)820-6815

Courriel : [cfc@USherbrooke.ca](mailto:cfc@USherbrooke.ca)

Site Web : <http://www.usherbrooke.ca/cfc>



UNIVERSITÉ DE  
**SHERBROOKE**

## ✂ BULLETIN D'INSCRIPTION ✂

### Préceptorat à la Clinique de DOULEUR

Centre de formation continue  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke

**Je désire m'inscrire à la session qui aura lieu :**

**Le lundi 8 février  
et le mardi 9 février 2010**

**FRAIS D'INSCRIPTION 375 \$**

*Les frais d'inscription incluent le repas du midi, la documentation, les pauses santé, la TPS et la TVQ.*

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  M<sup>me</sup>  
 M.

ADRESSE de correspondance pour réception du manuel de cours  
(N<sup>o</sup> casier postal non accepté)

VILLE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_

M.D. RÉSIDENT : Casier postal à la Faculté n<sup>o</sup> \_\_\_\_\_  
(Le courrier sera posté à la case sauf avis contraire)

TÉLÉPHONE (Bureau) \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE (Résidence) \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE (Hôpital/poste) \_\_\_\_\_ CELLULAIRE \_\_\_\_\_

COURRIEL \_\_\_\_\_

*(S.V.P. cochez une case)*

M.D. Matricule \_\_\_\_\_ Université \_\_\_\_\_  
(CMQ) (Obtention du M.D.)

Omnipraticien(ne)  Spécialiste \_\_\_\_\_  
(Spécifiez)

M.D. Résident R- \_\_\_\_\_  
(Carte du CMQ) (Discipline) (Université)

***SVP indiquez une question spécifique à  
laquelle vous aimeriez obtenir une réponse  
lors de ce préceptorat***

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## PROCÉDURE D'INSCRIPTION

Les inscriptions sont limitées à 8 participants et seront acceptées suivant l'ordre d'arrivée.

Le chèque du paiement complet, daté du jour de l'envoi, doit accompagner le bulletin d'inscription.

Le Centre de formation continue obtiendra à votre intention, du CMDP du CHUS, des privilèges hospitaliers à titre d' « observateur » pour la date choisie. **Toute inscription incomplète sera retournée.**

**Le chèque doit être fait à l'ordre de :**

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**et posté au :**

CENTRE DE FORMATION CONTINUE  
Faculté de médecine et des sciences de la santé  
Université de Sherbrooke  
3001, 12<sup>e</sup> Avenue Nord  
Sherbrooke (Québec) J1H 5N4

## POLITIQUE D'ANNULATION

Pour toute annulation ou report d'inscription, des frais administratifs de 50 \$ seront retenus. De plus, aucun remboursement ne sera fait pour tout avis d'annulation OU report d'inscription reçu après le 18 janvier 2010.

**Réservé à l'usage du  
Centre de formation continue**

NOM : \_\_\_\_\_

Chèque de 375 \$

Reçu le \_\_\_\_\_

Confirmation d'inscription

Suggestions d'hébergement

Posté par courriel le : \_\_\_\_\_