* Ce formulaire **doit** être rempli par un [prestataire d'activités de DPC agréé par le Collège royal](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/royal-college-accredited-cpd-providers-f).
* Remplissez tous les champs obligatoires (indiqués par un astérisque).
* Une fois rempli, le formulaire doit être envoyé par courriel, en format Microsoft Word, à l'adresse [cpd-accreditation@collegeroyal.ca](mailto:cpd-accreditation@royalcollege.ca?subject=Formulaire%20d'avis%20d'examen:%20Section%203%20activité%20de%20simulation).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **\*Nom de l’organisme de médecins qui a créé l’activité de simulation :** | | | | | | |  | | |
| Nom de l'organisme de médecins en français *(s'il y a lieu) :* | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*Titre de l’activité de simulation :**   1. *Si l’activité de simulation a lieu durant une activité d’apprentissage collectif, le titre doit en faire mention (p. ex., « Titre de l’activité d’apprentissage collectif : Titre de l’activité de simulation »)* 2. *S’il s’agit d’un module d’un programme plus vaste, le titre doit en faire mention (p. ex., « Titre du cours/du programme global : Titre du module de l’activité de simulation »)* | | | | | | | | | |
| **Titre en anglais :**  *(tel qu’il apparaît sur le certificat d’achèvement)* | | | | |  | | | | |
| **Titre en français** *(le cas échéant)***:**  *(tel qu’il apparaît sur le certificat d’achèvement)* | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*Méthode de présentation de l’activité de simulation :** | | | | | | *Choisir à partir du menu déroulant.* | | | |
| S’il s’agit d’une activité en personne, veuillez inscrire la date et le lieu : | | Ville : | | | |  | | | |
| Province : | | | |  | | | |
| Date : *(jj/mm/aaaa)* | | | | *Choisir une date à partir du calendrier.* | | | |
| *S’il y a plusieurs séances, veuillez indiquer le lieu (ville, province) et la date de chacune :* | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*Dates de début et de fin de l’agrément :**  *Les activités de simulation peuvent être agréées pour une période allant jusqu’à 36 mois.* | | | | Date de début : *(jj/mm/aaaa)* | | | | *Choisir une date de début à partir du calendrier.* | |
| Date de fin : *(jj/mm/aaaa)* | | | | *Choisir une date de fin à partir du calendrier.* | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*Nombre total d’*heures* pour lesquelles l’activité est agréée :** | | | | | | | | | Jusqu’à # heures. |
| *Les participants doivent consigner l’activité en heures dans MAINPORT.*  *Une fois consignées dans MAINPORT, les heures seront automatiquement converties en crédits de la section 3.* | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **\*Personne-ressource pour les participants :** | Nom : | |  | | | | | | |
| Courriel : | |  | | | | | | |
| Lien du site Web : | |  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Cible/spécialité principale :**  *NOTE : L’activité sera affichée sur le* [*site Web du Collège royal*](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/accreditation/accredited-continuing-professional-development-activities-f) *selon le public cible choisi.* | *Choisir un public cible principal.* |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*Cette activité a-t-elle été** [**créée en collaboration**](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/providers/tools-resources-accredited-cpd-providers-f)**?** | Oui  Non |
| Si oui, veuillez fournir le nom de l’organisme qui y a collaboré : |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [Rôle(s) CanMEDS](http://www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/canmeds-framework-f) pertinent(s) *(cochez tous ceux qui s'appliquent)* : | Collaborateur  Communicateur | Promoteur de la santé  Leader | Expert médical  Professionnel | Érudit |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **\*Examen de programme :**  Doit être réalisé par un [prestataire d’activités de DPC agréé par le Collège royal](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/royal-college-accredited-cpd-providers-f) | [Prestataire d’activités de DPC agréé par le Collège royal](http://www.royalcollege.ca/rcsite/cpd/royal-college-accredited-cpd-providers-f) ayant examiné cette activité : |  |
| Nom et titre de l’examinateur : |  |
| Date d’approbation : *(jj/mm/aaaa)* | *Choisir une date à partir du calendrier.* |