**Détails des heures travaillées en clinique dans les 5 dernières années : NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Ce formulaire vise à vous aider à détailler vos expériences cliniques **depuis les 5 dernières années**. Pour les autres expériences, le curriculum vitae suffit. Pour les fins de ce formulaire, les expériences en clinique à décrire concernent SEULEMENT celles qui ont été vécues **en contact direct avec une personne soignée ou des personnes soignées**[[1]](#footnote-1). Veuillez svp inclure les informations selon les contextes de soins suivants :

|  |
| --- |
| **Contexte de soins : (voir endos, comme exemple)*** Communautaire en milieu urbain, rural ou région éloignée, en GMF ou en UMF :
	+ Exposition auprès des clientèles suivantes : Suivi de maladies chroniques, sans rendez-vous communautaire, suivi de grossesse, suivi pédiatrique (examen périodique de type « ABCdaire », clientèle vulnérable, etc)
* Communautaire en milieu urbain, rural ou éloigné de type CLSC, COOP :
	+ Exposition auprès des clientèles en soins à domicile
	+ Exposition auprès des clientèles en services courants (soins de plaies, anticoagulothérapie, traitements intraveineux, vaccination, prélèvements, etc)
	+ Info-Santé
* Milieu hospitalier :
	+ Exposition auprès des clientèles hospitalisées (chirurgie, soins critiques/intensifs, médecine, etc)
* Urgence :
	+ Exposition auprès des clientèles suivantes en contexte hospitalier : Réanimation, aire mineure, aire ambulatoire
* Autres :
	+ Exposition auprès de clientèles ne pouvant être catégorisées dans les catégories précédentes. Soyez spécifique au niveau du contexte de soins et de la description de la fonction.
 |

Notez bien : les heures réalisées en stage ne sont pas comptabilisées tandis que les heures comme CÉPI le sont.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dates** **De … à …** | **Établissement**  | **Contexte de soins**  | **Exposition** | **Description de la fonction en contact direct avec des patients** | **Nb. d’heures (approx)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

À combien d’heures estimez-vous votre expérience clinique **en soins de première ligne** (incluant l’urgence) ? \_\_\_\_\_\_ (heures)

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Par conséquent, pour ce formulaire, les heures travaillées en clinique excluent les heures travaillées en gestion clinique ou en formation clinique. [↑](#footnote-ref-1)