

# Inscription auprès d'une infirmière praticienne spécialisée ou d'un infirmier praticien spécialisé en soins de première ligne (IPSPL)

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR L'IPSPL

PRÉNOM	NOM	NUMÉRO DE PRATIQUE (RAMQ) 8 1
--------	-----	----------------------------------

## 2. RENSEIGNEMENTS SUR LE GROUPE DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF) ▶ Vous devez remplir cette section seulement si vous avez une affiliation au GMF dans lequel le patient accepte de s'inscrire.

NOM DU GMF	NUMÉRO DE RÉFÉRENCE DU GMF	NUMÉRO DE DOSSIER
------------	----------------------------	-------------------

## 3. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE À LA NAISSANCE		NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE		
DATE DE NAISSANCE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (DOMICILE)	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (BUREAU)	POSTE	LANGUE DE CORRESPONDANCE <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
ADRESSE POSTALE NUMÉRO	RUE			APPARTEMENT	
VILLE			PROVINCE		CODE POSTAL

## 4. LIEU DE SUIVI ET CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ

NOM DU LIEU DE SUIVI HABITUEL (POINT DE SERVICE)	CODE	DATE DE DÉBUT DU CODE	CODE	DATE DE DÉBUT DU CODE
NUMÉRO DU LIEU (POINT DE SERVICE)	DATE DE DÉBUT DE LA DÉSIGNATION DU LIEU (POINT DE SERVICE)	CODE	DATE DE DÉBUT DU CODE	

## 5. DÉCLARATION DE LA PERSONNE ASSURÉE

Je déclare que tous les renseignements fournis me concernant sont exacts. Je désigne la personne identifiée à la section 1 comme mon unique professionnel de la santé traitant et annule, s'il y a lieu, toute inscription antérieure auprès d'un médecin de famille ou d'un IPSPL. Lors d'un changement de professionnel de la santé, je comprends que le nom de mon nouveau professionnel traitant ainsi que le lien de ma nouvelle inscription seront communiqués à mon professionnel de la santé traitant précédent.

SIGNATURE	DATE
-----------	------

## 6. SECTION À REMPLIR PAR LE REPRÉSENTANT DE LA PERSONNE ASSURÉE ÂGÉE DE MOINS DE 14 ANS OU INAPTE

PRÉNOM ET NOM DU PARENT, DU TUTEUR, DU MANDATAIRE, DU CURATEUR OU DE L'ACCOMPAGNATEUR	DANS LE CAS D'UN ENFANT DE MOINS D'UN AN SANS CARTE D'ASSURANCE MALADIE, INSCRIVEZ LE NUMÉRO D'ASSURANCE MALADIE DE LA MÈRE OU DU PÈRE.				
ADRESSE POSTALE NUMÉRO	RUE	APPARTEMENT			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL			
<input type="checkbox"/> Mère ou père <input type="checkbox"/> Mandataire	<input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/> Accompagnateur	<input type="checkbox"/> Curateur	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (DOMICILE)	IND. RÉG. TÉLÉPHONE (BUREAU)	POSTE
SIGNATURE	DATE				

## 7. DÉCLARATION DE L'IPSPL

Conformément au Code de déontologie des infirmières et infirmiers, j'accepte d'être l'IPSPL de la personne dont le nom figure à la section 3.	
SIGNATURE	NUMÉRO DE PRATIQUE (RAMQ) DATE 8 1

**Note :** Les prénom, nom et numéro d'assurance maladie de la personne assurée nous seront transmis aux fins de l'application de la Loi sur l'assurance maladie.

CHAQUE SIGNATAIRE CONSERVE UNE COPIE.

## Directives

### IMPORTANT

- Remplissez **un seul formulaire** par personne.
- Inscrivez les informations en lettres majuscules.
- Ne nous envoyez **pas de copie papier** de ce formulaire.
- Aucune inscription n'est acceptée par téléphone, par télécopieur ou par la poste.

### Inscription d'une personne assurée auprès d'un IPSPL à un GMF ou non (hors GMF)

- 1) Remplissez la section 1. Le numéro de pratique correspond à celui attribué par la RAMQ (81XXXX) et non à votre numéro de permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- 2) Remplissez la section 2 seulement si vous êtes affiliée à un GMF. Le numéro de référence du GMF correspond au numéro octroyé par la RAMQ (4 chiffres).
- 3) Remplissez les sections appropriées selon la situation de la personne assurée (sections 3, 4 et 6).
- 4) Faites signer le formulaire par la personne assurée (section 5).
- 5) Signez le formulaire (section 7).
- 6) Remettez une copie du formulaire signé à la personne assurée ou à son représentant et conservez l'original dans le dossier.
- 7) Transmettez le formulaire en utilisant notre service en ligne ou un logiciel d'inscription approuvé par la RAMQ.
- 8) Faites signer le [Formulaire de consentement au partage et à la communication des renseignements sur l'utilisateur](#) par la personne assurée ou son représentant et conservez l'original dans le dossier.