

## 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<sup>re</sup>      2<sup>e</sup>      3<sup>e</sup>

#### 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](mailto: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 D5F @ 7 CCF8 CBB5H9I F 89 @ H56 @GG9A9BH8 B BC9 B9A9BH

G5; -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 :

G5; -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[ ]Ya fX]WU]YXi 7<I A