

## Formulaire de demande de permis pour un centre médical spécialisé

☐ Nouvelle demande de permis

☐ Renouvellement du permis

☒ Modification du permis

Permis n° : \_\_\_\_\_

### SECTION 1 : IDENTIFICATION ET COORDONNÉES GÉNÉRALES

#### 1.1 Identification du requérant

(Indiquer le nom et les coordonnées de la personne qui demande le permis, son renouvellement ou sa modification. S'il s'agit d'une personne morale ou d'une société, indiquer son nom officiel.)

Nom du requérant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

(Dans le cas d'une personne morale ou d'une société, identifier ci-après le répondant au sein de celle-ci.)

Nom du répondant : \_\_\_\_\_

Fonction du répondant : Administrateur

Adresse du répondant : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

## SECTION 1 : IDENTIFICATION ET COORDONNÉES GÉNÉRALES (suite)

### 1.2 Identification du centre médical spécialisé faisant l'objet de la demande de permis

Nom sous lequel le centre sera exploité :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Adresse complète du lieu où le centre sera exploité : (nouvelle adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal :

\_\_\_\_\_

Téléphone :

\_\_\_\_\_

Courriel :

\_\_\_\_\_

Télécopieur :

\_\_\_\_\_

### 1.3 Identification de la forme sous laquelle le centre médical spécialisé sera exploité

Le centre médical spécialisé pour lequel le permis est demandé sera exploité sous la forme suivante :

- ☐ Un centre où exercent exclusivement des médecins **qui participent** au régime public d'assurance maladie du Québec
- ☒ Un centre où exercent exclusivement des médecins **qui ne participent pas** au régime public d'assurance maladie du Québec

## SECTION 2 : PRÉCISIONS SUR LES SERVICES VISÉS ET SUR LE NOMBRE DE LITS

### 2.1 Les chirurgies et autres traitements médicaux spécialisés offerts dans le centre médical spécialisé

(Indiquer ici, par un crochet, les types de chirurgies ou de traitements médicaux spécialisés pour lesquels le permis est demandé.)

#### [A] CHIRURGIES PRÉVUES DANS LA LOI

- ☐ **00.** Arthroplastie-prothèse de la hanche
- ☐ **01.** Arthroplastie-prothèse du genou
- ☐ **02.** Extraction de la cataracte avec implantation d'une lentille intra-oculaire

**[B] TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SANS ÉGARD AU TYPE D'ANESTHÉSIE UTILISÉ**

**1. Chirurgies esthétiques**

☒ 1.1 Liposuction

☒ 1.2 Lipoinjection

**2. Chirurgies gynécologiques**

☐ 2.1 Interruption de grossesse

**[C] TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SOUS ANESTHÉSIE GÉNÉRALE OU SOUS ANESTHÉSIE RÉGIONALE DU TYPE TRONCULAIRE OU DU TYPE BLOC À LA RACINE D'UN MEMBRE, EXCLUANT LE BLOC DIGITAL**

**3. Chirurgies mammaires**

☐ 3.1 Mastectomie chez la femme et chez l'homme

☐ 3.2 Exérèse de prothèse/capsulectomie

☒ 3.3 Augmentation mammaire

☐ 3.4 Réduction mammaire

☐ 3.5 Autre reconstruction mammaire

**4. Chirurgies esthétiques**

☒ 4.1 Lipectomie abdominale

☒ 4.2 Abdominosplastie/redrapage cutané autres régions

☒ 4.3 Rhytidectomie (modelage facial)

**5. Chirurgies orthopédiques**

☒ 5.1 Chirurgie pour lésions bénignes des os, muscles, ligaments, tendons, bourses synoviales et fascias et arthroplastie d'hallux

☒ 5.2 Exérèse de fil, clou, plaque et vis

☒ 5.3 Arthrotomie ou arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, excluant la colonne vertébrale

☒ 5.4 Chirurgie pour maladie de Dupuytren

☒ 5.5 Chirurgie pour tunnel carpien

☐ 5.6 Reconstruction ligamentaire du genou

☐ 5.7 Acromioplastie, reconstruction de la coiffe

## **6. Chirurgies des voies respiratoires supérieures**

☒ **6.1** Chirurgie du nez pour lésions bénignes ou troubles respiratoires

☒ **6.2** Rhinoplastie

☒ **6.3** Chirurgie des sinus

## **7. Chirurgies des systèmes vasculaire et lymphatique**

☐ **7.1** Ligature, section et exérèse pour varices

☐ **7.2** Excision de ganglions superficiels

## **8. Chirurgies du système digestif**

☐ **8.1** Chirurgie des lèvres, de la bouche et de la langue pour lésions bénignes ou précancéreuses

☐ **8.2** Chirurgie anorectale pour fissure, fistule, hémorroïdes ou prolapsus

☐ **8.3** Excision de glandes salivaires pour lésions bénignes

☐ **8.4** Laparoscopie diagnostique

☐ **8.5** Chirurgie herniaire

☐ **8.6** Chirurgie bariatrique

## **9. Chirurgies gynécologiques**

☐ **9.1** Exérèse de kystes, de tumeurs bénignes ou malignes

☐ **9.2** Plastie des petites et grandes lèvres

☐ **9.3** Cure de cystocèle toute voie d'approche, entéroçèle ou rectocèle

☐ **9.4** Ligature tubaire toute voie d'approche

☐ **9.5** Dilatation et curetage

☐ **9.6** Histéroscopie diagnostique et thérapeutique

☐ **9.7** Laparoscopie diagnostique et thérapeutique

☐ **9.8** Hystérectomie vaginale simple

☐ **9.9** Salpingo-ovariectomie ou ovariectomie toute voie d'approche

## **10. Chirurgies du système nerveux**

☒ **10.1** Chirurgie pour lésion ou réparation de nerfs périphériques

## 11. Chirurgies de l'appareil visuel

- ☐ 11.1 Au laser
- ☐ 11.2 Kératectomie superficielle de la cornée
- ☐ 11.3 Exérèse de lésions cutanées de la paupière
- ☐ 11.4 Blépharoplastie
- ☐ 11.5 Tarsorrhaphie et séparation de la paupière
- ☐ 11.6 Chirurgie pour strabisme
- ☐ 11.7 Chirurgie de la rétine

## 12. Chirurgies de l'appareil auditif

- ☒ 12.1 Réparation d'oreilles décollées (prominauris)

## 13. Chirurgies à des fins de transsexualisme

- ☐ 13.1 Vaginoplastie
- ☐ 13.2 Phalloplastie avec insertion de prothèse pénienne
- ☐ 13.3 Scrotoplastie avec insertion de prothèses testiculaires

## 14. Chirurgies cutanées

- ☒ 14.1 Chirurgies pour abcès, tumeur, kyste, plaie, fistule superficielle ou profonde, glandes sudoripares avec ou sans greffe, et débridement de plaie
- ☒ 14.2 Greffe
- ☒ 14.3 Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices
- ☒ 14.4 Exérèse avec ou sans plastie de sinus pilonidal
- ☐ 15. Biopsies mammaires

## 2.2 Le nombre de lits d'hébergement

(Inscrire, le cas échéant, le nombre de lits demandés pour l'hébergement de la clientèle du centre médical spécialisé.)

\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_ lits

## 2.3 Le nombre de salles d'opération

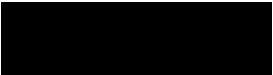
\_\_\_\_ 1 \_\_\_\_ salles

### SECTION 3 : DÉCLARATION

Je déclare avoir pris connaissance et remplir les conditions que prévoit le Règlement sur la délivrance des permis en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (RLRQ, chapitre S-4.2, r. 8 et qui me sont applicables.

Je joins également à la présente demande les renseignements, documents et engagements exigés par ce règlement.

Toutefois, si ma demande vise le renouvellement ou la modification du permis, je ne joins pas ceux de ces renseignements, documents et engagements que j'ai déjà fournis au ministre de la Santé et des Services sociaux et à l'égard desquels j'atteste qu'ils sont encore complets et exacts.

  
Signature du requérant

Date : 2023-04-21

#### Faire parvenir la demande de permis et les documents exigés au :

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Édifice Catherine-De-Longpré  
Direction des relations institutionnelles  
A/S Responsable des permis  
1075, chemin Sainte-Foy, 3<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1