

\*Formulaire à remplir exclusivement par voie électronique, non manuscrit.

**Numéro de l'autorisation CMS : 7101-**

- ☐ **Renouvellement**  
 (Remplir toutes les sections du formulaire).  
 (Transmettre le formulaire six mois avant la date  
 d'échéance de l'autorisation CMS).

- ☐ **Modification(s)**  
 (Remplir seulement les sections pertinentes à votre  
 demande de modification(s) de l'autorisation CMS).

- ☐ **Renouvellement et  
modification(s)**  
 (Remplir toutes les sections du formulaire).  
 (Transmettre le formulaire six mois avant la date  
 d'échéance de l'autorisation CMS).

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

- ☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

**Section obligatoire à compléter avec ou sans modification(s) à y apporter.**

**Renseignements sur le demandeur (titulaire de l'autorisation CMS)**

Indiquez le nom et les coordonnées du demandeur (personne physique, personne morale ou société) qui dépose la demande.

Nom : \_\_\_\_\_  
 Numéro de  
 permis au  
 CMQ\* ou  
 NEQ\*\* : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Code  
 postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Cellulaire : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

\* CMQ : Collège des médecins du Québec

\*\*NEQ : Numéro d'entreprise du Québec

**Renseignements sur le CMS**

Indiquez le nom sous lequel le CMS sera exploité et les coordonnées du lieu aménagé pour l'exercice des traitements médicaux spécialisés :

Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_  
 Code  
 postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_  
 Site Web : \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il s'agit d'un déménagement du CMS?

**Oui**

**Non**

☐
☐

Si oui, veuillez préciser les renseignements suivants :

Nouvelle adresse :

Date prévue de déménagement :

**Renseignements sur le répondant**

Indiquez le nom et les coordonnées du répondant du titulaire de l'autorisation CMS pour les communications avec Santé Québec.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

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

Cellulaire: \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES SUR LE DEMANDEUR**

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

**Oui**

**Non**

Est-ce que le titulaire pour lequel vous demandez un renouvellement et/ou une modification de l'autorisation détient déjà une autorisation pour un CMS ou des démarches ont-elles été entreprises afin d'en obtenir une?

☐

☐

Si oui, indiquez-le(s) numéro(s) de l'autorisation ou le(s) nom(s) du CMS?

**ATTESTATION DE LA PROPRIÉTÉ DES INSTALLATIONS ET DE L'IDENTITÉ DE L'EMPLOYEUR**

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

**Je suis à titre de titulaire :**

**Oui**

**Non**

Propriétaire des lieux

☐

☐

Propriétaire des équipements

☐

☐

Locataire des lieux

☐

☐

Locataire des équipements

☐

☐

L'employeur responsable du personnel requis pour l'exploitation du CMS

☐

☐

Autre(s) situation(s)

☐

☐

Si oui,

### FORME D'EXPLOITATION DU CMS

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Le CMS sera exploité suivant l'une ou l'autre des formes suivantes :

- ☐ Un CMS où exercent exclusivement des médecins soumis à l'application d'une entente conclue en vertu de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie (RLRQ, chapitre A-29).  
☐ Un CMS où exercent exclusivement des médecins non participants au sens de la Loi sur l'assurance maladie.

### DIRECTEUR MÉDICAL ET DES SERVICES PROFESSIONNELS (DMSP)

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

#### Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels actuel et son successeur du CMS

#### Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels actuel

Indiquez le nom et les renseignements demandés du directeur médical et des services professionnels :

|                                                                                     |       |                         |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------------------------|-------|
| Nom :                                                                               | _____ | Prénom :                | _____ |
| Le cas échéant, spécialité (anesthésiologiste, chirurgien, ophtalmologiste, etc.) : | _____ | Numéro de permis CMQ :  | _____ |
| Date de nomination :                                                                | _____ | Date de fin du mandat : | _____ |
| Courriel :                                                                          | _____ |                         |       |

Oui Non

Est-ce que le DMSP actuel exercera dans le CMS pour lequel la demande de renouvellement et/ou de modification d'autorisation est effectuée?

☐
☐

Est-ce que le DMSP actuel pratique ou pratiquera dans un autre CMS?

Si oui, indiquer lequel :

- Nom du CMS :
- Numéro de l'autorisation CMS :

☐
☐

### Renseignements sur le directeur médical et des services professionnels successeur

Indiquez le nom et les renseignements demandés du nouveau directeur médical et des services professionnels :

|                                                                                 |       |                                 |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| Nom :                                                                           | _____ | Prénom :                        | _____ |
| Spécialité<br>(anesthésiologiste,<br>chirurgien,<br>ophtalmologiste,<br>etc.) : | _____ | Numéro de<br>permis<br>CMQ :    | _____ |
| Date de<br>nomination :                                                         | _____ | Date de<br>début du<br>mandat : | _____ |
| Courriel :                                                                      | _____ |                                 |       |

**Oui      Non**

Est-ce que le nouveau DMSP désigné exercera dans le CMS pour lequel la demande de renouvellement et/ou de modification d'autorisation est effectuée?

☐
☐

Est-ce que le nouveau DMSP désigné pratique ou pratiquera dans un autre CMS?

Si oui, indiquer lequel :

☐
☐

- Nom du CMS :
- Numéro de l'autorisation CMS:

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)[illegible]

5

**Formulaire de demande de renouvellement et/ou modification(s)  
 d'une autorisation pour l'exploitation d'un centre médical  
 spécialisé (CMS)**

**PROFESSIONNELS EXERÇANTS AU CMS**

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Indiquez le nom et prénom des professionnels qui exercent au centre, leur spécialité ainsi que leur numéro de permis, le cas échéant (dentistes spécialistes au Québec, agents administratifs, infirmiers, infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes, préposés aux bénéficiaires et à la stérilisation et autres personnels soignants. ).

| Nom et prénom du professionnel | Spécialité | Numéro de permis,<br>s'il y a lieu |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |
|                                |            |                                    |

\*(Veuillez ajouter une page supplémentaire si nécessaire et l'annexer au formulaire).

Veuillez remplir le tableau suivant de planification des présences de votre personnel.

| PLAN DE PRÉSENCES                                                    |                       |                      |                                                                                |                        |                      |                            |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cocher cette case en cas de modification(s) |                       |                      | <input type="checkbox"/> Cocher cette case en cas d'absence de modification(s) |                        |                      |                            |
| Unité                                                                | Agents administratifs | Anesthésiologistes   | Infirmiers                                                                     | Infirmiers auxiliaires | Inhalothérapeutes    | Préposés aux bénéficiaires |
| Admission – pré-chirurgie                                            | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Salle d'opération<br>EXEMPLE                                         | 0                     | 1                    | 2,5                                                                            | 0                      | 1                    | 0,5                        |
| Salle #1 d'opération                                                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Salle #2 d'opération                                                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Salle #3 d'opération                                                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Salle #4 d'opération                                                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Salle #5 d'opération                                                 | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Salle de réveil                                                      | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |
| Autre                                                                | <input type="text"/>  | <input type="text"/> | <input type="text"/>                                                           | <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/>       |

ENGAGEMENT DE NON-SOLLICITATION DU PERSONNEL DU RSSS

En soumettant ce formulaire, le demandeur et les membres de son équipe s'engagent à ne pas solliciter, directement ou indirectement, le personnel du réseau public, quel que soit leur titre d'emploi.

Cette interdiction inclut, sans s'y limiter :

**Sollicitations directes :**

- Offres d'emploi transmises en personne, par téléphone, messagerie texte, courriel ou tout autre moyen de communication.
- Échanges verbaux incitant un employé à quitter son poste.
- Toute forme de maraudage.

**Sollicitations indirectes :**

- Utilisation d'intermédiaires pour approcher un employé.
- Affichage d'offres d'emploi dans les locaux de tout CISSS, CIUSSS ou sur des tableaux d'affichage publics ou privés.
- Publication d'annonces ciblées visant à attirer des employés identifiables.

**Exception :** Cette clause ne s'applique pas aux offres d'emploi générales diffusées via des plateformes publiques comme le site internet de l'entreprise, Jobboom, LinkedIn ou tout autre média dédié, à condition que ces annonces ne ciblent pas spécifiquement des employés du secteur public.

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature du représentant légal**

\_\_\_\_\_  
**Date**



**PRÉCISIONS SUR LES TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS,  
 LES CAPACITÉS EN LIT(S) ET EN SALLE(S) OPÉRATOIRE(S)**

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

**Traitements médicaux spécialisés dispensés dans le CMS**

Cochez les types de traitements médicaux spécialisés pour lesquels l'autorisation est demandée.

|  | Traitement(s)<br>déjà à<br>l'autorisation<br>CMS | Traitement(s)<br>ajouté(s) | Traitement(s)<br>retiré(s) |
|--|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
|--|--------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|

**TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS PRÉVUS PAR LA LOI**

|     |                                                                                   |                          |                          |                          |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 00. | Arthroplastie-prothèse de la hanche<br>(seulement pour les CMS non participatifs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 01. | Arthroplastie-prothèse du genou<br>(seulement pour les CMS non participatifs)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 02. | Extraction de la cataracte avec<br>implantation d'une lentille intraoculaire      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 03. | Chirurgies maxillo-faciales ou buccales                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**TRAITEMENTS MÉDICAUX SPÉCIALISÉS DISPENSÉS SANS ÉGARD AU TYPE D'ANESTHÉSIE**

**1. Chirurgies esthétiques**

|     |               |                          |                          |                          |
|-----|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1.1 | Liposuccion   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 | Lipoinjection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Exérèse de prothèse/capsulectomie         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Augmentation mammaire                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.4 | Réduction mammaire                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.5 | Autre reconstruction mammaire             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. Chirurgies esthétiques**

|     |                                                      |                          |                          |                          |
|-----|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4.1 | Lipectomie abdominale                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Abdominoplastie/redrapage cutané (autres<br>régions) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4.3 | Rhytidectomie (modelage facial)                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**5. Chirurgies orthopédiques**

|     |                                                                                                                                    |                          |                          |                          |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 | Chirurgie pour lésions bénignes des os,<br>muscles, ligaments, tendons, bourses<br>synoviales et fascias et arthroplastie d'hallux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Exérèse de fil, clou, plaque et vis                                                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                    |                                                                                            |                          |                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.3                                                                | Arthrotomie ou arthroscopie diagnostique ou thérapeutique, excluant la colonne vertébrale  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3.1                                                              | Discoïdectomie ou laminectomie                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.4                                                                | Chirurgie pour maladie de Dupuytren                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.5                                                                | Chirurgie pour tunnel carpien                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.6                                                                | Reconstruction ligamentaire du genou                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.7                                                                | Acromioplastie, reconstruction de la coiffe                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.8                                                                | Arthroplastie-prothèse de l'épaule, du coude ou du poignet                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>6. Chirurgies oto-rhino laryngologiques et cervico-faciales</b> |                                                                                            |                          |                          |                          |
| 6.1                                                                | Chirurgie du nez pour lésions bénignes ou troubles respiratoires                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2                                                                | Rhinoplastie, septoplastie et septorhinoplastie                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3                                                                | Chirurgie des sinus                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4                                                                | Sialendoscopie                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5                                                                | Amenuisement des cornets                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.6                                                                | Myringotomie                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>7. Chirurgies des systèmes vasculaire et lymphatique</b>        |                                                                                            |                          |                          |                          |
| 7.1                                                                | Ligature, section et exérèse pour varices                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7.2                                                                | Excision de ganglions superficiels                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>8. Chirurgies du système digestif</b>                           |                                                                                            |                          |                          |                          |
| 8.1                                                                | Chirurgie des lèvres, de la bouche et de la langue pour lésions bénignes ou précancéreuses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.2                                                                | Chirurgie ano-rectale pour fissure, fistule, hémorroïdes ou prolapsus                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.3                                                                | Excision de glandes salivaires pour lésions bénignes                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4                                                                | Laparoscopie diagnostique                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.4.1                                                              | Endocholécystectomie                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.5                                                                | Chirurgie herniaire                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8.6                                                                | Chirurgie bariatrique                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>9. Chirurgies gynécologiques</b>                                |                                                                                            |                          |                          |                          |
| 9.1                                                                | Exérèse de kystes, de tumeurs bénignes ou malignes                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.1.1                                                              | Traitement à l'anse diathermique au niveau du col de l'utérus                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                     |                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9.2                                                 | Plastie des petites et grandes lèvres                                                                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3                                                 | Cure de cystocèle toute voie d'approche, entéroccèle ou rectocèle                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3.1                                               | Colporraphie antérieure ou postérieure                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.3.2                                               | Marsupialisation                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.4                                                 | Ligature tubaire toute voie d'approche                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.5                                                 | Dilatation et curetage                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.6                                                 | Hystéroscopie diagnostique et thérapeutique                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.7                                                 | Laparoscopie diagnostique et thérapeutique                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.8                                                 | Hystérectomie vaginale simple                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9.9                                                 | Salpingo-ovariectomie, salpingectomie ou ovariectomie toute voie d'approche                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>10. Chirurgies du système nerveux</b>            |                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| 10.1                                                | Chirurgie pour lésion ou réparation de nerfs périphériques                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>11. Chirurgies de l'appareil visuel</b>          |                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| 11.1                                                | Au laser                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.2                                                | Kératectomie superficielle de la cornée                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.3                                                | Exérèse de lésions cutanées de la paupière                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.4                                                | Blépharoplastie                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.5                                                | Tarsorrhaphie et séparation des paupières                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.6                                                | Chirurgie pour strabisme                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11.7                                                | Chirurgie de la rétine                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>12. Chirurgies de l'appareil auditif</b>         |                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| 12.1                                                | Réparation d'oreilles décollées (prominauris)                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>13. Chirurgies à des fins de transsexualisme</b> |                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| 13.1                                                | Vaginoplastie                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.2                                                | Phalloplastie avec insertion de prothèse pénienne                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13.3                                                | Scrotoplastie avec insertion de prothèses testiculaires                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>14. Chirurgies cutanées</b>                      |                                                                                                                                                   |                          |                          |                          |
| 14.1                                                | Chirurgies pour abcès, tumeur, kyste, plaie, fistule superficielle ou profonde, glandes sudoripares, avec ou sans greffe, et débridement de plaie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                   |                                                                |                                                                                                                                                   |                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| 14.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Greffe                                            | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 14.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Correction chirurgicale ou au laser de cicatrices | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 14.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Exérèse avec ou sans plastie de sinus pilonidal   | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| <b>15. Biopsies mammaires</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                   |                                                                |                                                                                                                                                   |                                            |
| 15.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Biopsies mammaires                                | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| <b>16. Chirurgies urologiques</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                   |                                                                |                                                                                                                                                   |                                            |
| 16.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Urétéroscopie                                     | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Résection transurétrale de la prostate            | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Résection transurétrale de tumeur vésicale        | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Cure hydrocèle                                    | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Orchidopexie                                      | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lithotomie                                        | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Lithotripsie                                      | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| 16.8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Néphrolithotomie                                  | <input type="checkbox"/>                                       | <input type="checkbox"/>                                                                                                                          | <input type="checkbox"/>                   |
| <b>Lit(s) et Salle(s)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                   |                                                                |                                                                                                                                                   |                                            |
| <b>Nombre de lits d'hébergement demandés</b><br>Inscrire, le cas échéant, le nombre de lits demandés pour l'hébergement de la clientèle du CMS (excluant les civières pour l'admission, le réveil et le transport des usagers).<br><br>(Maximum de 10 lits au sein d'un même immeuble. À noter que les lits d'hébergement sont uniquement pour les CMS non participatifs).                                                                               |                                                   | <b>Actuel à l'autorisation CMS</b><br><br><input type="text"/> | <b>Ajout demandé</b><br><br><small>Indiquer uniquement le nombre de lits d'hébergement supplémentaires demandés.</small><br><input type="text"/>  |                                            |
| <b>Nombre de salles d'opération demandées</b><br>Une salle d'opération est un espace aseptisé, ventilé selon les normes en vigueur et équipé pour des interventions chirurgicales majeures. Elle comprend ou peut comprendre des canalisations pour les gaz médicaux, une table d'opération et une table d'anesthésie. Les salles partiellement équipées, destinées à des interventions prévues par le règlement, doivent également être comptabilisées. |                                                   | <b>Actuel à l'autorisation CMS</b><br><br><input type="text"/> | <b>Ajout demandé</b><br><br><small>Indiquer uniquement le nombre de salles d'opération supplémentaires demandées.</small><br><input type="text"/> |                                            |
| <b>Est-ce qu'un appareil de radiologie est ou sera utilisé dans le cadre des traitements médicaux spécialisés que vous comptez dispenser?</b><br><br>Si oui, lequel et pour quel traitement médical spécialisé ou quels traitements médicaux spécialisés?                                                                                                                                                                                                |                                                   |                                                                | <b>Oui</b><br><br><input type="checkbox"/>                                                                                                        | <b>Non</b><br><br><input type="checkbox"/> |

Si oui, nommez quel(s) appareil(s) de radiologie devrait être utilisé(s) et dans quel contexte :

- ☐ En utilisation pré- et postopératoire
- ☐ En utilisation peropératoire
- ☐ Pour injection de médicaments
- ☐ Autres

Oui Non

Est-ce que vous détenez un permis de laboratoire de radiologie diagnostique spécifique qui a été délivré pour l'utilisation des appareils de radiologie du CMS?

☐ ☐

Si oui, fournissez le nom du laboratoire et son numéro de permis :

- Nom du laboratoire :
- Numéro de permis :

### OBTENTION DE L'AGRÉMENT

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)
 ☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

L'exploitant d'un CMS doit, dans un délai de trois ans à compter de la date de délivrance d'une autorisation CMS, obtenir l'agrément des services qui sont offerts dans le centre auprès d'un organisme d'agrément reconnu par Santé Québec.

Il doit conserver cet agrément en tout temps par la suite.

Date d'obtention de l'agrément :

\_\_\_\_\_

Durée de l'agrément :

\_\_\_\_\_

Nom de l'organisme d'agrément :

\_\_\_\_\_

- ☐ Non-client auprès d'un organisme d'agrément.
- ☐ En démarche avec un organisme d'agrément, indiquez la date prévue de la visite de l'organisme d'agrément.
- ☐ Agréé depuis :

Dans le cas d'une démarche en cours ou d'une accréditation obtenue, fournir les documents qui font preuve des démarches entamées ou de l'obtention de votre accréditation (démarches et échéancier en cours, rapports d'agrément, lettre de décision et/ou copie du certificat délivré par l'organisme d'agrément).

### INCIDENCES SUR LE RÉSEAU PUBLIC

Section à remplir seulement dans le cadre d'une demande de modification de l'autorisation du CMS (ajouts ou retraits de traitements médicaux spécialisés, de lits, de salles d'opération, modification du statut d'exploitation ou déménagement du CMS).

Décrire quelle sera l'incidence prévisible de l'embauche du personnel requis par le CMS sur le réseau public de santé et de services sociaux, et ce, tant sur le plan des effectifs médicaux et du personnel clinique non médical que sur le plan de l'organisation des services cliniques. Présenter des justifications appropriées.

### PRÉSENTATION DU PROJET

Section à remplir seulement dans le cadre d'une demande de modification de l'autorisation du CMS (ajouts ou retraits de traitements médicaux spécialisés, de lits, de salles d'opération, modification du statut d'exploitation ou déménagement du CMS).

Quelles sont les problématiques d'accès pour la population qui se trouveraient résolues par votre demande pour l'exercice des traitements médicaux concernés?

### STRUCTURE DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

Pour la personne morale ou la société qui demande l'autorisation CMS, indiquez toutes les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote ainsi que le nombre total d'actions ou de parts émises, et ce, pour chaque catégorie d'actions ou de parts conférant un droit de vote.

| Catégorie(s) d'actions ou de parts conférant un droit de vote | Total d'actions ou de parts émises |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|                                                               |                                    |
|                                                               |                                    |
|                                                               |                                    |

Pour la personne morale ou la société qui demande l'autorisation CMS, indiquez le nom et les coordonnées de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société.

| Nom des actionnaires ou associés détenant des actions ou des parts votantes | Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues | N <sup>bre</sup> d'actions ou de parts votantes détenues | % d'actions ou de parts votantes détenues |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____          |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____          |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____          |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____          |                                                      |                                                          |                                           |

Lorsque les actionnaires ou les associés du requérant de l'autorisation CMS sont des personnes morales ou des sociétés, veuillez compléter le tableau suivant en détaillant le nom de la personne morale ou société actionnaire et le nom de tous les actionnaires ou associés qui détiennent les actions ou les parts conférant un droit de vote de cette personne morale actionnaire. Pour chacun de ces actionnaires ou associés, veuillez indiquer la ou les catégories d'actions ou de parts conférant un droit de vote qu'il détient ainsi que le nombre et le pourcentage d'actions ou de parts détenues dans la personne morale ou la société actionnaire.

| Nom de la personne morale ou société actionnaire et noms de tous les actionnaires ou associés | Catégorie(s) d'actions ou de parts votantes détenues | N <sup>bre</sup> d'actions ou de parts votantes détenues | % d'actions ou de parts votantes détenues |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |
| Nom : _____<br>Numéro membre CMQ ou NEQ : _____<br>Adresse : _____                            |                                                      |                                                          |                                           |

\*(Veuillez ajouter une page supplémentaire si nécessaire et l'annexer au formulaire).



Conseil d'administration (CA) ou conseil de gestion interne (CGI)  
 de la personne morale ou de la société qui exploite le CMS

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

**Composition et règles du quorum**

Le CA ou le CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société qui exploite le CMS est composé de \_\_\_\_\_ personnes, dont \_\_\_\_\_ sont des médecins. Ces médecins constituent en tout temps la majorité du quorum du CA ou du CGI, lequel est fixé à \_\_\_\_\_ administrateurs.  
 Veuillez remplir le tableau ci-dessous.

| Noms et prénoms des membres du CA ou du CGI | Profession | Numéro de permis CMQ | Le membre exerce sa profession dans le centre |                          |
|---------------------------------------------|------------|----------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|
|                                             |            |                      | Oui                                           | Non                      |
|                                             |            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
|                                             |            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
|                                             |            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
|                                             |            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
|                                             |            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |
|                                             |            | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/> |

Est-ce que l'un des médecins membres du CA ou du CGI, selon le cas, a, dans les trois ans précédant la demande, vu son droit d'exercer la médecine limité ou suspendu ou avoir fait l'objet d'une radiation temporaire?

Si oui, nommez-le ou les médecins.

☐

☐

Est-ce que l'un des membres du CA ou plusieurs exercent dans un autre CMS?

Si oui, nommez-le ou les médecins concernés et le nom du CMS.

☐

☐

Est-ce que l'un des médecins membres du CA ou du CGI, selon le cas, a été reconnu coupable d'une infraction criminelle dans les cinq ans précédant la demande?

Si oui, nommez-le ou les médecins concernés.

☐

☐

## ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES

☐ Cocher cette case en cas de modification(s)

☐ Cocher cette case en cas d'absence de modification(s)

En plus de respecter les autres conditions prévues à la Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux (chapitre G-1.021) (LGSSSS), le requérant et les membres du CA ou du CGI doivent confirmer à Santé Québec ce qui suit :

### Déclaration du requérant :

Je déclare que le requérant de l'autorisation CMS :

**Oui**

**Non**

- n'a pas été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LGSSSS ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction;
- n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'une infraction criminelle ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction.

☐

☐

☐

☐

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions mentionnées précédemment, une analyse supplémentaire devra être effectuée par Santé Québec et d'autres documents devront être transmis.

En foi de quoi, je signe cette déclaration,

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

Déclaration des membres du CA ou du CGI de la personne morale ou de la société requérante (à compléter pour chacun des membres) :

Je déclare que le requérant de l'autorisation CMS :

**Oui**

**Non**

- ne pas avoir été déclaré coupable, dans les trois ans précédant la demande, d'une infraction à la LGSSSS ou ne pas avoir une poursuite encore pendant pour une telle infraction;
- n'a pas été déclaré coupable, dans les cinq ans précédant la demande, d'une infraction criminelle ou n'a pas une poursuite encore pendant pour une telle infraction.

☐

☐

☐

☐

Si vous avez répondu non à l'une des deux questions mentionnées précédemment, une analyse supplémentaire devra être effectuée par Santé Québec et d'autres documents devront être transmis.

En foi de quoi, je signe cette déclaration,

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## ENGAGEMENT

(Assurance responsabilité professionnelle)

En tant que titulaire d'une autorisation CMS et conformément aux dispositions du 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), je déclare formellement ce qui suit :

1. Je m'engage à fournir une preuve que je détiens un contrat d'assurance responsabilité professionnelle d'au moins 1 000 000 \$ par réclamation établissant une garantie contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité que je peux encourir en raison d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du CMS, et ce, avec la compagnie d'assurance suivante :  
  
\* Considérant que l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) n'est pas une compagnie d'assurance, elle ne peut pas conclure un contrat d'assurance responsabilité professionnelle.  
  
\* Dans la preuve d'assurance, le nom du titulaire de l'autorisation CMS doit être inscrit dans la partie « Assuré ». L'adresse du lieu d'exploitation autorisé doit être également inscrite dans le document.
2. Je m'engage à maintenir en vigueur un pareil contrat d'assurance pendant toute la durée de l'autorisation du CMS qui est de 5 ans.
3. Je m'engage également à afficher, en tout temps, l'autorisation CMS obtenue à la vue du public.

En foi de quoi j'ai signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_  
(Lieu) (Date : jour/mois/année)

(Inscrire le nom du titulaire de l'autorisation CMS).

Signé par :

(Signature de la personne autorisée par la personne morale ou de la société, titulaire de l'autorisation CMS).

## LISTE DE CONTRÔLE DES DOCUMENTS

### Section obligatoire à compléter avec ou sans modification(s) à y apporter.

Les documents que vous devez joindre à votre demande de renouvellement et/ou de modification d'autorisation CMS sont énumérés ci-dessous. S'il manque des documents nécessaires, le formulaire de demande pourrait vous être renvoyé. Cochez la case voulue lorsque le document est joint.

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Formulaire de demande d'autorisation CMS pour l'exploitation d'un centre médical spécialisé (CMS) - Renouvellement et/ou modification(s). <b>(*Obligatoire)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> | Résolution du CA ou du CGI, selon le cas, de la personne morale ou de la société autorisant la présentation de la demande de renouvellement et/ou de modification de l'autorisation CMS (gabarit en annexe, si nécessaire). <b>(*Obligatoire)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | Copie du bail des locaux, en vigueur : si le titulaire est locataire des locaux, il est nécessaire de fournir une copie du bail. Ce document détaillera les conditions de la location, y compris la durée, le loyer, et les responsabilités de chaque partie.<br><b>(*Obligatoire, lors du renouvellement de l'autorisation CMS, ou toute modification qui s'y rattache (par exemple : déménagement, changement administratif, etc.)).</b>                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> | Copie du contrat de location des équipements de chirurgie, en vigueur : si le titulaire est locataire des équipements de chirurgie, il doit également fournir le contrat de location correspondant. Ce contrat précisera les modalités de location des équipements, les coûts associés, et les obligations de maintenance et d'assurance.<br><b>(*Obligatoire, lors du renouvellement de l'autorisation CMS, ou toute modification qui s'y rattache (par exemple : déménagement, changement administratif, etc.)).</b>                                                                                                                    |
| <input type="checkbox"/> | Preuve que le titulaire de l'autorisation CMS détient un contrat d'assurance responsabilité d'au moins 1 000 000 \$ par réclamation, établissant une garantie contre les conséquences pécuniaires de la responsabilité que le titulaire de l'autorisation CMS peut encourir résultant d'une faute ou d'une négligence commise dans l'exploitation du centre médical spécialisé. <b>(*Obligatoire)</b><br>Le contrat doit être conclu par le titulaire de l'autorisation CMS (personne physique, personne morale ou société, selon le cas). *<br>À la preuve d'assurance, le nom du titulaire doit être affiché dans la partie « Assuré ». |
| <input type="checkbox"/> | Paieement par chèque libellé à l'ordre de Santé Québec.<br><b>(*Obligatoire, lors d'une demande de renouvellement de l'autorisation CMS).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <input type="checkbox"/> | Rapport d'évaluation fourni par l'organisme d'agrément<br><b>(*Obligatoire, lors d'une demande de renouvellement de l'autorisation CMS).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> | Copie des statuts de constitution (incluant la description du capital-actions) ou du contrat de société (selon le cas).<br><b>(*Obligatoire, lors du renouvellement et/ou modification de ces statuts).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> | Copie de la convention conclue entre les actionnaires de la personne morale titulaire de l'autorisation CMS. <b>(*Obligatoire lors du renouvellement et/ou modification de la convention).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Copie des statuts de modification ou amendements au contrat de société (selon le cas).<br><b>(*Obligatoire lors du renouvellement et/ou modification des statuts ou des amendements).</b>                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> | Copie de l'entente conclue entre le titulaire de l'autorisation CMS et le dentiste permettant de fournir à leur clientèle, dans les installations du centre, les services nécessaires pour les chirurgies maxillo-faciales ou buccales.<br><b>(*Obligatoire lors du renouvellement et/ou modification de l'autorisation CMS, le cas échéant).</b> |
| <input type="checkbox"/> | Documents supplémentaires joints : le cas échéant, veuillez les spécifier :                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## DÉCLARATION

Le médecin, la personne morale ou la société qui demande le renouvellement et/ou la modification de l'autorisation CMS déclare :

- avoir pris connaissance de la Loi sur la gouvernance du système de santé et des services sociaux (LGSSSS), des règlements et des conditions qui y sont énumérées et attestent être en conformité avec ces exigences;
- ne pas être un failli non libéré;
- ne pas avoir été titulaire d'une autorisation CMS qui, dans les trois ans précédant la demande, a fait l'objet d'une révocation;
- avoir rempli l'ensemble des sections obligatoires et/ou requises du formulaire et atteste que les renseignements fournis dans le présent document sont exacts;
- avoir joint à la présente demande les renseignements et documents exigés;
- procéder, dans un délai de trois ans à compter de la délivrance de son autorisation CMS, à l'obtention d'un agrément de ses traitements médicaux spécialisés du CMS auprès d'un organisme d'agrément reconnu par Santé Québec et le conserver en tout temps par la suite;
- transmettre à Santé Québec un rapport de ses activités pour l'année civile précédente, au plus tard le 31 mars de chaque année;
- transmettre une demande de modification pour tout type de changement à l'intérieur de son CMS et obtenir l'autorisation CMS préalablement de Santé Québec, avant d'effectuer les changements envisagés.

\_\_\_\_\_  
**Nom en lettres moulées**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## TRANSMISSION DE LA DEMANDE

À la demande de Santé Québec, le demandeur pourrait être appelé à transmettre d'autres documents ou renseignements nécessaires à l'analyse de la demande.

En cas d'omission de section(s) non complète(s), nous serons dans l'obligation de vous retourner celle-ci afin que vous puissiez apporter les correctifs et ajustements nécessaires à l'analyse de votre demande.

La demande de renouvellement ou de modification de l'autorisation CMS doit être transmise par courriel à l'adresse [cms@sante.quebec](mailto:cms@sante.quebec)

Seul le chèque devra être transmis par la poste à l'adresse suivante :

Responsable des autorisations CMS  
Direction des relations institutionnelles  
Santé Québec  
3000, avenue Saint-Jean-Baptiste  
Québec (Québec) G2E 6J5

L'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.



## RÉSOLUTION

Extrait du procès-verbal d'une réunion du conseil d'administration ou du conseil de gestion interne de **INDIQUER LE NOM DE LA PERSONNE MORALE OU DE LA SOCIÉTÉ** exploitant le CMS **INDIQUER LE NOM DU CMS**, tenue le **INDIQUER LA DATE DE LA RÉUNION** et à laquelle il y avait quorum.

CLIQUER POUR  
 CLIQUER POUR  
 CLIQUER POUR

**Il est (unanimentement) résolu :**

- 1) d'autoriser la présentation de la demande ci-jointe auprès de Santé Québec;
- ET
- 2) de mandater **INDIQUER LE NOM DE LA PERSONNE MANDATÉE** pour effectuer toutes les démarches nécessaires pour donner suite à la présente résolution.

Extrait certifié conforme

|                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| _____                              | _____                              |
| Nom en lettres moulées             | Nom en lettres moulées             |
| _____                              | _____                              |
| Signature de la personne autorisée | Signature de la personne autorisée |
| _____                              | _____                              |
| Date                               | Date                               |
| _____                              | _____                              |
| Nom en lettres moulées             | Nom en lettres moulées             |
| _____                              | _____                              |
| Signature de la personne autorisée | Signature de la personne autorisée |
| _____                              | _____                              |
| Date                               | Date                               |
| _____                              | _____                              |
| Nom en lettres moulées             | Nom en lettres moulées             |
| _____                              | _____                              |
| Signature de la personne autorisée | Signature de la personne autorisée |
| _____                              | _____                              |
| Date                               | Date                               |