

## Questionnaire relatif à la garde médicale

<b>Nom Prénom(s)</b>	
<b>Astreinte à la garde</b>	<input type="checkbox"/> <b>de premier recours</b> <input type="checkbox"/> Médecine interne générale <input type="checkbox"/> Pédiatrie <input type="checkbox"/> Gynécologie <input type="checkbox"/> Psychiatrie  <input type="checkbox"/> <b>spécialisée, laquelle :</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>non astreint (&gt;60 ans)</b> _____  <input type="checkbox"/> <b>demande de dispense</b> ( <i>à transmettre à la Commission régionale de la garde ou au groupement de spécialité concerné</i> ) <input type="checkbox"/> <b>autre situation, préciser</b> _____
<b>Exercice de la garde</b>	<input type="checkbox"/> Cantonale <input type="checkbox"/> Régionale, laquelle : _____ <input type="checkbox"/> Cercle, lequel : _____
<b>Remarques - Commentaires</b>	
<b>Adresse professionnelle pour la correspondance</b>	
<b>No. de téléphone</b>	
<b>Adresse e-mail sécurisée</b>	
<b>Date</b>	
<b>Signature</b>	