

# Formulaire relatif à une demande d'aide mutuelle traitant de professionnel(s) de la santé et/ou de biens de santé

## Mode d'emploi :

Object: Demander l'aide du Centre de mesures et d'interventions d'urgence (CMU) de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans la recherche de professionnel(s) de santé (PS) et/ou de bien(s) de santé.

Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer à l'adresse de guichet unique suivante:

[hpoc-cops@phac-aspc.gc.ca](mailto:hpoc-cops@phac-aspc.gc.ca)

## Instructions détaillées :

SECTION A: DONNÉES ADMINISTRATIVES = Le demandeur doit remplir la section A

SECTION B: PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ = Le demandeur doit remplir la section B

SECTION C: BIENS DE SANTÉ = Le demandeur doit remplir la section C

\* = champ obligatoire

## Choisir la catégorie de demande(s)\* :

Est-ce que la demande vise un/des professionnels de la santé : OUI :  NON :

Des biens de santé sont-ils demandés? OUI :  NON :

## SECTION A : Données administrative\*

**Administration qui demande de l'aide\*** : Veuillez indiquer/surligner votre administration parmi les choix ci-dessous

CB, AB, SK, MB, ON, QC, NB, TNL, NÉ, ÎPÉ, NU, TNO, YK

Nom de l'événement*	No de l'événement*	
Nom du demandeur*		
Poste/Titre*		
Téléphone 24 h/j*		
Adresse courriel*		
Adresse courriel de l'un des services ou de l'une des personnes suivantes : Centre de surveillance, Centre des opérations, agent de service ou autre personne-ressource (le cas échéant) rejoignable en tout temps	Type d'adresse courriel 24 h/j et 7 j/7 :	Adresse courriel :
Date de la demande*		



Heure de la demande*	
Date à laquelle l'intervention est requise	
Heure à laquelle l'intervention est requise	
Description de l'événement et des besoins*	<i>renseignements supplémentaires à l'intention de l'administration fournissant de l'aide</i>
Lieu et type d'hébergement	<i>p. ex. endroit: hôpital, stationnement, centre d'accueil, etc. p. ex. hébergement: hotel, univesité, base, gymnase d'université, etc.</i>
Autres renseignements pertinents (non susmentionnés)	<i>p. ex. modifications des échéanciers en raison de conditions météorologiques</i>

## SECTION B : Professionnels de la santé (PS)

PS sollicitées*	<i>(p. ex. infirmières, agent sanitaire etc.)</i>		
<b>Disponibilité souhaitée des professionnels de la santé</b>			
Nombre de PS	Début de l'affectation	Fin de l'affectation	Durée de l'affectation
<i>p. ex. 18</i>			<i>p. ex. 4-6 semaines</i>
Attestations requises			
<i>p. ex. technicien en informations sanitaires, premiers soins, etc.</i>			
Expertise et expériences requises			
<i>p. ex. expérience en matière de desserte de population habitant des régions à faible prestation de service</i>			
Lieu de travail/type d'immeuble			
<i>p. ex. Clinique, hôpital centre d'hébergement, école, etc.</i>			
Environnement de travail			
<i>p. ex. Unité d'urgence, Clinique desservant les premières nations, unité de soins intensifs, clinique sans rendez-vous</i>			
Capacités linguistiques requises (insérez un X le cas échéant) :			
<input type="checkbox"/>	<i>anglais requis</i>	<input type="checkbox"/>	<i>français requis</i>
<input type="checkbox"/>	<i>anglais souhaitable</i>	<input type="checkbox"/>	<i>français souhaitable</i>
<i>Autres langue : p. ex. arabe, espagnol, mandarin, etc.</i>			
Autres renseignements (non-cités ci-dessus)	<i>p. ex. modifications des échéanciers en raison de conditions météorologiques</i>		

<b>Le cas échéant, veuillez indiquer les autres types de : PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ requis</b>			
PS sollicitées		<i>p. ex. Médecins, épidémiologistes, biochimistes, etc.</i>	
<b>Disponibilité souhaitée des professionnels de la santé</b>			
Nombre de PS	Début de l'affectation	Fin de l'affectation	Durée de l'affectation
<i>p. ex. 18</i>			<i>p. ex. 4-6 semaines</i>
Attestations requises			
<i>p. ex. technicien en informations sanitaires, premiers soins, etc.</i>			
Expertise et expériences requises			
<i>p. ex. expérience en matière de desserte de population habitant des régions à faible prestation de service</i>			
Lieu de travail/type d'immeuble			
<i>p. ex. Unité d'urgence, Clinique desservant les premières nations, unité de soins intensifs, clinique sans rendez-vous</i>			
Environnement de travail			
<i>p. ex. Clinique, hôpital centre d'hébergement, école, etc.</i>			
Capacités linguistiques requises (insérez un X le cas échéant) :			
<input type="checkbox"/>	<i>anglais requis</i>	<input type="checkbox"/>	<i>français requis</i>
<input type="checkbox"/>	<i>anglais souhaitable</i>	<input type="checkbox"/>	<i>français souhaitable</i>
<i>Autres langue : p. ex. arabe, espagnol, mandarin, etc.</i>			
<i>Autres renseignements (non-cités ci-dessus) p. ex. modifications des échéanciers en raison de conditions météorologiques</i>			

### SECTION C : Biens de santé requis

Énumérez les biens de santé requis*					
<i>p. ex. lits, vaccins, couvertures, etc.</i>					
Personne-ressource sur les lieux*			Titre/poste de la personne ressource*		
<i>p. ex. Jean Sauvé</i>			<i>p. ex. préposé à l'entretien, etc.</i>		
Téléphone de la personne-ressource sur place*			Courriel*		
Adresse municipale aux fins de livraison*					
Ville/ municipalité*		Province*		Code postal*	
Consignes					
<i>p. ex. téléphonez au 555-777-9898 afin de programmer la livraison</i>					
<i>p. ex. sonnez lors de la livraison des bien de santé</i>					

**Une fois le formulaire rempli, veuillez l'envoyer à l'adresse de guichet unique suivante :**  
[hpsc-cops@phac-aspc.gc.ca](mailto:hpsc-cops@phac-aspc.gc.ca)