

IPMFAC 03/09 - Accès amélioré aux services de soins de santé

Annexe A – Autorisation pour des services médicaux à accès amélioré

AUTORISATION POUR DES SERVICES MÉDICAUX À ACCÈS AMÉLIORÉ

1. Données Démographie

Nom : _____

Grade : _____

N/M : _____

Unité : _____

2. Demande de services médicaux à accès amélioré fondée sur

☐ Motifs cliniques ; ou

☐ Motifs opérationnels.

Médecin

Date :

☐ Vérification des conditions médicales _____
Contraintes à l'emploi pour _____
raison médicales (CERM) V CV H G O A Date recommandée

Détails supplémentaires :

☐ Vérification des délais d'attente d'accès standard: _____ semaines/mois

Médecin de la base/escadre

Date

PROTÉGÉ A UNE FOIS REMPLI

3. Pour les cas d'urgence clinique uniquement :

Je confirme par la présente avoir examiné cette demande et

- ☐ Avoir autorisé l'accès amélioré aux services médicaux par ce membre pour des raisons cliniques; ou
- ☐ Je n'autorise pas l'accès amélioré aux services médicaux par ce membre, car ce membre ne répond pas cliniquement aux critères de ces services.

Chirurgien régional

Date :

4. Pour les cas d'urgence opérationnelle uniquement :

Je confirme par la présente avoir examiné cette demande et

- ☐ j'autorise l'accès amélioré aux services médicaux en raison du fait que les limitations médicales du membre l'empêchent de remplir ses fonctions opérationnelles qui sont requises par un déploiement imminent et ne peuvent pas être raisonnablement remplacées ; ou
- ☐ j'autorise l'accès amélioré aux services médicaux en raison du fait que les limitations médicales du membre l'empêchent de remplir ses fonctions opérationnelles et que le membre remplit un rôle essentiel à la mission au sein de l'unité. Une absence prolongée de ses fonctions complètes aurait un impact négatif sur les opérations nécessaires dans le pays. Les autres membres de l'unité ne sont pas en mesure de remplir le rôle au nom du membre blessé/malade sans mettre en péril les opérations de l'unité ; ou
- ☐ je n'autorise pas l'accès amélioré aux services médicaux car le membre ne répond pas aux critères de ces services dans un contexte opérationnel.

Détails supplémentaires : Détails supplémentaires :

Commandant-commandante

Date

PROTÉGÉ A UNE FOIS REMPLI

5. Je confirme par la présente avoir examiné cette demande et

- ☐ j'autorise l'accès amélioré aux services médicaux pour des raisons opérationnelles ; ou
- ☐ je n'autorise pas l'accès amélioré aux services médicaux pour des raisons opérationnelles.

Commandant-commandante de secteur/escadre/unité

Date :