



## Soins de santé

# Proposition pour professionnels - Établissements de soins de santé<sup>1</sup>

### Directives

La présente proposition se rapporte à une POLICE ÉTABLIE SUR LA BASE DES RÉCLAMATIONS PRÉSENTÉES. Si la Compagnie accepte cette proposition, l'assurance s'appliquera aux réclamations présentées pour la première fois contre l'assuré pendant la période d'assurance. Ne sont pas couvertes les réclamations présentées pour la première fois contre l'assuré après la fin de la période d'assurance, à moins qu'une période de déclaration prolongée n'entre en jeu. Ne sont pas couvertes les réclamations présentées pour la première fois avant la date de rétroactivité indiquée aux Conditions particulières de la police. La présentation de la présente proposition dûment remplie à la Compagnie ne constitue pas une note de couverture.

Il est obligatoire de répondre à toutes les questions. Si une question ne s'applique pas, prière d'inscrire « S.O. » (sans objet). Si la réponse à la question est « Aucun(e) », inscrire « Aucun(e) » ou « 0 ». S'il manque d'espace pour répondre entièrement à une question, prière d'utiliser une feuille séparée et d'indiquer la question à laquelle se rapporte la réponse

### Section 1 – Renseignements généraux

- Nom du proposant (en majuscules) : \_\_\_\_\_  
Adresse postale : \_\_\_\_\_  
Ville/village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Site Web : \_\_\_\_\_  
Autre(s) situation(s) : \_\_\_\_\_
- Le proposant est-il titulaire d'une police en vigueur ou un nouveau proposant?      Titulaire d'une police      Nouveau proposant
- Quelle est la structure juridique de l'entreprise? (Cocher la case appropriée)  
Entreprise individuelle (non constituée en société)      Corporation/ordre professionnel(le)      Cabinet  
Entreprise individuelle (constituée en société)      Société en nom collectif  
Autre (décrire) : \_\_\_\_\_
- Quelle est la situation fiscale de l'entreprise?      À but lucratif      Sans but lucratif      Gouvernement
- Date de constitution en société : \_\_\_\_\_
- Dresser la liste de toutes les filiales ou sociétés affiliées (p. ex., organisme de recherche) contrôlées par le proposant qu'il importe

Nom de l'entité	Lien avec le proposant	Description des activités	Pays de résidence

<sup>1</sup>Comprend les centres de chirurgie ambulatoire, les centres d'imagerie diagnostique et les cabinets de médecins

7. Énumérer tous les permis détenus par l'entreprise du proposant, en précisant le type et la date d'expiration de chacun :

L'organisme de délivrance du permis a-t-il émis des conditions ou restrictions à l'égard des activités du proposant? Oui Non

Si oui, fournir toutes les précisions pertinentes : \_\_\_\_\_

8. Énumérer tous les agréments (p. ex., Agrément Canada, AAJC, ASMBS) et tous les titres d'adhésion à une association détenus par le proposant : \_\_\_\_\_

Dernière année d'obtention de l'agrément : \_\_\_\_\_

9. Le proposant fournit-il des services professionnels par Internet? Oui Non

Si oui, décrire les services fournis : \_\_\_\_\_

10. Prière d'indiquer la source et le montant du chiffre d'affaires brut pour les exercices suivants (en \$ CA) :

	Dernier exercice complet	Estimation pour l'exercice courant	Estimation pour le prochain exercice
Chiffre d'affaires au Canada			
Chiffre d'affaires aux É.-U.			
Chiffre d'affaires total			

11. Quel pourcentage des patients traités sont résidents :

du Canada : \_\_\_\_\_% des États-Unis : \_\_\_\_\_% de l'extérieur du Canada/des É.-U. : \_\_\_\_\_%

12. Combien de visites/consultations/traitements/tests/actes ont été effectués au cours de la dernière année? \_\_\_\_\_

13. Au cours des douze prochains mois, est-il probable que des changements importants voulus soient apportés aux services professionnels du proposant ou que de nouveaux développements importants surviennent? Oui Non

Si oui, prière de fournir toutes les précisions pertinentes :

## Section 2 – Coverage

1. Prière de fournir des précisions sur les assurances courantes et antérieures du proposant couvrant les fautes professionnelles médicales.

Assureur	Durée	Montant	Franchise	Prime

i. Base de l'assurance courante : Réclamations présentées : Date de rétroactivité (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_  
Survenance des dommages

2. Protection demandée : \_\_\_\_\_

i. Date d'entrée en vigueur de l'assurance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

ii. Montant de garantie \$1M \$2M \$5M \$10M Other: \$ \_\_\_\_\_

iii. Franchise \$1K \$2.5K \$5K \$10K Other: \$ \_\_\_\_\_

iv. Montant global \$1M \$2M \$5M \$10M Other: \$ \_\_\_\_\_

### Section 3 – Renseignements sur le proposant

1. Pour les douze derniers mois : indiquer tous les services applicables, le pourcentage du chiffre d'affaires brut total pour ces services et le nombre de services rendus pendant cette période.

	% relatif du chiffre d'affaires	Nombre annuel de tests/visites <sup>2</sup>		% relatif du chiffre d'affaires	Nombre annuel de tests/visites <sup>2</sup>
<b>Centre de diagnostic :</b>			<b>Cabinet de soins primaires :</b>		
Radiographie			Bureau de médecin unique		
Tomographie par ordinateur			Clinique dirigée par une infirmière		
IRM			Cabinet de groupe		
Mammographie			Équipe de santé familiale		
Coloscopie			Centre de santé communautaire		
Densité osseuse			Clinique sans rendez-vous		
Tomographie par émission de positrons			Autre (préciser)		
Radioscopie			<b>Bureau professionnel :</b>		
Services de laboratoire			Optométriste/ Opticien		
Exploration fonctionnelle respiratoire			Clinique de soins des pieds/podologie		
Examen d'acuité auditive			Clinique de réadaptation/ physiothérapie		
Imagerie prénatale			<b>Type de fournisseur de services :</b>		
Autre (préciser)			Agence de dotation en personnel		
<b>Centre de chirurgie :</b>			Services d'urgence (EMT)		
Chirurgie des yeux (cataractes)			Transport de patients (non urgent)		
Chirurgie bariatrique			Services de toxicomanie		
Gastrectomie longitudinale			Services de counselling		
Mini-pontage gastrique			Pharmacie		
Réintervention bariatrique (complications et autres problèmes)			Services de soutien à domicile		
Chirurgie orthopédique			Autre (préciser)		
Arthroscopie			<p>Prière de fournir une description complète des produits et services offerts par le proposant. (Prière de joindre le matériel promotionnel.)</p>		
Chirurgie esthétique et plastique					
Chirurgie du pied					
Chirurgie oreilles, nez, gorge et sinus					
Chirurgie vasculaire					
Chirurgie des voies urinaires					
Chirurgie gynécologique					
Neurochirurgie (rachis)					
Chirurgie générale					
Greffe des cheveux					
Autre (préciser)					

<sup>2</sup>Les examens/visites comprennent les tests diagnostiques, l'imagerie, les chirurgies, les visites de patients/clients, les séances de counselling, etc.

2. Le proposant prévoit-il des lits pour l'hébergement d'un jour (p. ex., pour rétablissement postopératoire)? Oui Non
- i. Si oui, quel est le nombre total de lits prévus pour l'hébergement d'un jour? \_\_\_\_\_
- ii. Quel est le taux d'occupation moyen de vos lits pour hébergement d'un jour? \_\_\_\_\_
- iii. Est-ce que chaque compartiment/chambre d'hébergement d'un jour est doté d'un système de surveillance des signes vitaux? (Le système de surveillance des signes vitaux comprend le matériel fixe ou portable permettant de surveiller la tension artérielle, la saturation en oxygène et la température.) Oui Non
- iv. Existe-t-il un système de rotation sur appel ??? documenté pour les services d'anesthésie et les spécialités chirurgicales de toute admission d'un jour? Oui Non
- v. La dotation en personnel infirmier dans le secteur de l'hébergement d'un jour lorsque des patients y reçoivent des soins est-elle conforme aux exigences réglementaires (c.-à-d. au moins une infirmière autorisée et une infirmière auxiliaire autorisée)? Oui Non

#### Section 4 – Responsabilité civile professionnelle

1. Le proposant a-t-il besoin d'une assurance couvrant les fautes médicales des administrateurs relativement aux tâches administratives et à la surveillance des soins médicaux, s'il y a lieu? Oui Non S.O.
- Nom de l'administrateur médical : \_\_\_\_\_
2. Le proposant s'assure-t-il que tous ses médecins (chirurgiens, anesthésistes, dentistes, etc.) sont membres de l'Association canadienne de protection médicale (ACPM) ou détiennent autrement une assurance de responsabilité civile professionnelle? Oui Non S.O.
- i. Dans le cadre du processus de délivrance des titres et des attestations aux praticiens, une preuve de maintien en vigueur de cette assurance est-elle exigée annuellement? Oui Non
3. Existe-t-il un mécanisme officiel d'agrément, d'octroi de privilèges et de renouvellement d'agrément du personnel médical qui exige la production de documents sur chaque médecin et la vérification à la source primaire de la formation et de l'expérience professionnelles de chaque médecin? Oui Non S.O.
4. Le proposant fournit-il des installations d'enseignement médical ou infirmier? Oui Non S.O.
- Si oui, prière de préciser : \_\_\_\_\_
5. Précisions sur le personnel :
- i. Indiquer le nombre d'employés permanents et contractuels (c.-à-d., les membres du personnel contractuel du proposant qui ne sont PAS des employés) par profession et situation d'emploi :

Professionnel de la santé	Permanents		Contractuels	Professionnel de la santé	Permanents		Contractuels
	Temps plein	Temps partiel			Temps plein	Temps partiel	
Auxiliaires anesthésistes/auxiliaires médicaux				Agents de santé communautaire			
Préposés				Assistants dentaires			
Audiologistes				Hygiénistes			
Aides aux soins				Technologues dentaires			
Podologistes				Denturologistes			
Chiropraticiens				Diététistes			

Professionnel de la santé	Permanents		Contractuels
	Temps plein	Temps partiel	
Kinésithérapeutes			
Assistants médicaux			
Technologues de laboratoire médical			

Professionnel de la santé	Permanents		Contractuels
	Temps plein	Temps partiel	
Technologues en radiation médicale			
Sages-femmes			
Infirmières praticiennes			

## ii. Employés permanents et contractuels (suite)

Professionnel de la santé	Permanents		Contractuels
	Temps plein	Temps partiel	
Ergothérapeutes			
Opticiens			
Optométristes			
Ostéopathes			
Ambulanciers paramédicaux			
Préposés aux services de soutien à la personne			
Pharmaciens			
Assistants en physiothérapie			
Podiatres			
Assistants en psychologie			
Psychologues			

Professionnel de la santé	Permanents		Contractuels
	Temps plein	Temps partiel	
Infirmières autorisées			
Infirmières auxiliaires autorisées			
Psychothérapeutes agréés			
Travailleurs sociaux			
Orthophonistes			
Autre (décrire)			
<b>Personnel non lié à la santé :</b>			
Administratif			
Bureau			
Autre (décrire)			

## iii. Médecins praticiens

Médecins praticiens	Temps plein	Temps partiel	Contractuels ou permanents
Anesthésiologistes			
Dentistes			
Médecins de famille			
Gynécologues			
Neurochirurgiens			
Ophthalmologistes			
Chirurgiens bucco-dentaires			
Chirurgiens orthopédistes			
Otorhinolaryngologistes			
Pathologistes			
Chirurgiens plasticiens			
Radiologues			
Urologues			
Chirurgiens vasculaires			
Autre (décrire)			

6. Les entrepreneurs indépendants détiennent-ils tous leur propre assurance de responsabilité civile professionnelle (fautes professionnelles médicales)?      Oui      Non
- Si non, le proposant fournit-il une assurance de responsabilité civile professionnelle à ces personnes?      Oui      Non
7. Les permis ou attestations professionnels de tous les employés et entrepreneurs indépendants sont-ils :
- i. Vérifiés avant leur embauche?      Oui      Non
- ii. Vérifiés tous les ans?      Oui      Non
8. Existe-t-il des mécanismes officiels de sélection, de recrutement, d'orientation et de gestion du rendement de tous les membres du personnel?      Oui      Non
- i. Existe-t-il une politique écrite sur la prévention des abus (y compris les abus sexuels) des patients?      Oui      Non
- Si oui, prière de joindre une copie de la politique.
- ii. Existe-t-il une politique écrite sur la prévention et la gestion du harcèlement et des mauvais traitements infligés au personnel par les patients?      Oui      Non
- iii. Le proposant dispose-t-il de protocoles/procédures officiels et écrits régissant le traitement des allégations ou des plaintes d'abus à l'encontre des patients?      Oui      Non
9. Activités :
- i. Cherche-t-on à obtenir un consentement éclairé avant de procéder à tous les traitements/procédures/tests médicaux, etc.? (Prière de fournir une copie du formulaire de consentement éclairé.)      Oui      Non
- ii. Un programme de gestion des risques dûment consigné est-il en place?      Oui      Non
- iii. Un programme officiel d'assurance de la qualité clinique est-il en place?      Oui      Non
- iv. Existe-t-il des procédures officielles pour communiquer rapidement les résultats des tests diagnostiques (p. ex., les tests de laboratoire) au médecin ou à l'infirmière praticienne qui a demandé le test?      Oui      Non      S.O.
- v. Des protocoles ont-ils été mis en place pour gérer les problèmes de santé standard qui se présentent fréquemment?      Oui      Non      S.O.
- vi. Existe-t-il des protocoles écrits régissant le traitement des complications ou des urgences (p. ex., anaphylaxie)?      Oui      Non      S.O.(Prière de fournir une copie du protocole.)
- vii. Les procédures de prévention et de contrôle des infections, y compris la stérilisation des instruments et des appareils médicaux, sont-elles observées et conformes aux directives professionnelles ou réglementaires pertinentes?      Oui      Non      S.O.
- viii. Les membres du personnel reçoivent-ils une formation sur tout le matériel qu'ils utilisent avant de l'utiliser?      Oui      Non      S.O.
- ix. Existe-t-il un programme d'entretien préventif applicable à tout le matériel biomédical?      Oui      Non      S.O.
- x. Des dossiers cliniques simultanés sont-ils établis après tous les contacts cliniques avec les patients, y compris les contacts téléphoniques?      Oui      Non
- xi. Des mesures sont-elles en place dans le but de protéger les renseignements sur la santé des patients/clients, conformément aux lois pertinentes sur la protection de la vie privée?      Oui      Non

**Section 5 – Responsabilité civile générale**

1. Les entrepreneurs et sous-traitants sont-ils tous tenus de fournir une preuve d'assurance de responsabilité civile et de désigner le proposant comme assuré supplémentaire de leur assurance?      Oui      Non
2. Des mesures sont-elles en place pour assurer la conformité à toutes les exigences réglementaires en matière de santé et de sécurité au travail?      Oui      Non
3. Les employés sont-ils informés et mis au courant de leurs droits en vertu des lois sur les normes d'emploi?      Oui      Non  
Est-il possible de consulter un exemplaire de la Loi sur les normes d'emploi?      Oui      Non
4. Les employés sont-ils tous couverts par la commission provinciale des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail ou par un organisme équivalent?      Oui      Non  
Si non, sont-ils couverts par un autre régime d'indemnisation/d'invalidité?      Oui      Non
5. Avant le licenciement d'un employé, des mesures disciplinaires progressives (p. ex., avertissements écrits) sont-elles appliquées et consignées?      Oui      Non
6. Un avocat est-il consulté avant le congédiement d'un employé?      Oui      Non
7. Quelles activités liées aux locaux ou aux installations, le cas échéant, sont données en sous-traitance (p. ex., nettoyage, élimination des déchets)?
8. Les locaux sont-ils dotés de systèmes de secours en cas de panne des services publics essentiels?      Oui      Non
9. Des mesures ont-elles été mises en place dans le but d'assurer la conformité aux règlements actuels concernant la collecte, l'entreposage et l'élimination sécuritaires de tous les déchets, y compris les objets tranchants et autres déchets dangereux?  
    Oui      Non      S.O.
10. Des installations d'entreposage sécuritaire sont-elles prévues pour l'entreposage des substances contrôlées et des stupéfiants?  
    Oui      Non
11. Est-ce que des employés utilisent leur véhicule personnel à des fins professionnelles?      Oui      Non
  - a. Si oui, le déclarent-ils à leur assureur automobile personnel?      Oui      Non
  - b. Si oui, leur police d'assurance automobile personnelle prévoit-elle un montant de responsabilité civile minimal d'un million de dollars?      Oui      Non
12. Des procédures écrites visant à se conformer aux lois régissant le traitement et la divulgation des renseignements sur la santé des patients ont-elles été instaurées?      Oui      Non
13. Le proposant a-t-il déjà fait l'objet d'une enquête pour atteinte à la confidentialité de renseignements permettant d'identifier une personne?      Oui      Non      Si oui, prière de fournir une explication détaillée : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Section 6 – Sécurité des personnes**

1. Le matériel d'alimentation de secours est-il vérifié toutes les semaines pour en assurer le bon fonctionnement?      Oui      Non
2. L'éclairage est-il suffisant en tout temps pour rendre sécuritaires l'orientation et les déplacements dans tous les couloirs?      Oui      Non
3. Y a-t-il suffisamment de prises électriques disponibles, étiquetées et mises à la terre pour satisfaire aux caractéristiques de l'endroit (p. ex. endroits humides, cystoscopie-arthroscopie) et reliées à des sources d'alimentation de secours, le cas échéant?      Oui      Non

4. Une source d'alimentation électrique de secours est-elle disponible pour les appareils et les dispositifs liés à la sécurité des personnes (p. ex. éclairage des sorties, systèmes de maintien et de surveillance des fonctions vitales, systèmes d'alarme)? Oui Non
5. Les matières et fournitures explosives et combustibles sont-elles toutes entreposées et manutentionnées de façon sécuritaire, avec ventilation appropriée, conformément aux exigences réglementaires (c.-à-d., santé et sécurité)? Oui Non S.O.
6. Les bouteilles de gaz comprimé sont-elles entreposées et manutentionnées en toute sécurité, conformément aux exigences réglementaires pertinentes en matière de santé et de sécurité? Oui Non S.O.
7. Les extincteurs d'incendie de l'ensemble des installations/du bureau font-ils régulièrement l'objet d'une inspection et sont-ils conformes aux codes d'incendie locaux? Oui Non
8. Les enseignes de sortie de secours sont-elles affichées et éclairées? Oui Non
9. Les membres du personnel reçoivent-ils une formation sur les procédures d'incendie et d'urgence au moment de leur embauche et tous les ans par la suite? Oui Non
10. Des exercices d'incendie sont-ils organisés tous les trimestres? Oui Non

### Section 7 – Antécédents en matière de réclamations et d'assurance

#### 1. Réclamations :

- i. Des réclamations pour négligence ont-elles déjà été présentées contre le proposant, avec succès ou non? Oui Non
- ii. Le proposant est-il au courant d'une réclamation ou d'un incident qui n'a pas encore été déclaré à sa compagnie d'assurance?  
Oui Non
- iii. Prière d'énumérer tous les sinistres et incidents susceptibles de donner lieu à une réclamation avant la date d'entrée en vigueur de la police visée par la présente proposition, qui auraient donné lieu à une réclamation liée aux activités professionnelles du proposant au cours de la dernière année.\*

Période d'assurance	Assureur	Nbre de réclamations	Total subi

\* Joindre les relevés des sinistres de l'assureur précédent

#### 2. Antécédents en matière d'assurance :

- i. Le proposant a-t-il déjà fait l'objet d'un refus, d'une résiliation ou d'un non-renouvellement d'assurance de responsabilité professionnelle par un assureur? Oui Non Si oui, prière de préciser : \_\_\_\_\_

- ii. Le proposant a-t-il déjà fait l'objet d'une résiliation ou d'un non-renouvellement d'assurance par une compagnie d'assurance?  
Oui Non Si oui, prière de préciser : \_\_\_\_\_



**ÉNONCÉ DE GARANTIE**

Le proposant déclare que les renseignements fournis dans la présente proposition, ainsi que tout renseignement supplémentaire joint à celle-ci, sont véridiques, exacts et complets et qu'aucun fait important n'a été omis. Le proposant reconnaît qu'il a l'obligation continue de déclarer dès que possible à la société CNA à laquelle il présente la présente proposition (« CNA ») tout changement important touchant ces renseignements après la signature de la proposition et avant l'établissement de la police, et reconnaît que CNA a le droit de retirer toute soumission, autorisation ou entente en suspens ou de la modifier de façon à lier l'assurance à ces changements. Bien que la signature de la présente proposition dûment remplie n'ait pas pour effet d'établir officiellement la couverture, le proposant reconnaît et convient que la présente proposition constituera la base du contrat si une police est établie et que, si CNA établit une police, sa décision sera fondée sur la proposition et tout renseignement supplémentaire joint à celle-ci, lesquels sont tous intégrés par renvoi à la présente proposition et en font partie intégrante. Le proposant reconnaît que toute fausse déclaration ou tout défaut de divulguer des renseignements importants dans la proposition risque d'entraîner un refus d'assurance ou, si la police est établie, l'annulation de celle-ci

Proposant :

Par : \_\_\_\_\_

Signature et titre\*

Nom du représentant autorisé en caractères d'imprimerie

Date: \_\_\_\_\_

\*This Application must be signed by the Chief Executive Officer, Chief Financial Officer, Chief Operating Officer, General Counsel or Risk Manager

**Addendum A – Ambulatory Surgical Centres Questionnaire****1. Politiques et procédures – Préopératoire :**

- i. Les patients qui doivent subir une chirurgie ambulatoire font-ils tous l'objet d'un examen de dépistage visant à exclure les patients à risque élevé (p. ex., selon la cote de risque ASA)? Oui Non
- ii. Des formulaires de consentement écrit sont-ils utilisés pour chaque type d'intervention effectuée? Si oui, le chirurgien est-il également tenu de signer le formulaire de consentement? Oui Non
- iii. Le médecin est-il tenu de discuter de l'intervention et d'obtenir le consentement du patient avant d'effectuer l'intervention? Oui Non
- iv. Existe-t-il des documents écrits relatifs à une évaluation anesthésique préopératoire, conformément aux directives de l'ASA et à l'évaluation des voies respiratoires? Oui Non
- v. Le dossier médical renferme-t-il des antécédents préopératoires et les résultats d'un examen physique le jour de l'opération? Oui Non
- vi. Existe-t-il un processus officiel qui prévoit la vérification préopératoire du patient? Oui Non
- vii. Existe-t-il un processus officiel qui prévoit la vérification préalable du champ opératoire? Oui Non
- viii. Existe-t-il un processus officiel qui prévoit le marquage du champ opératoire? Oui Non
- ix. Un « temps d'arrêt » précédant immédiatement le début de la procédure est-il prévu? Oui Non

**2. Politiques et procédures – Peropératoire et postopératoire :**

- i. Les ordonnances peropératoires sont-elles toutes documentées et signées? Oui Non
- ii. Les médicaments et solutés intraveineux administrés sont-ils tous documentés par écrit? Oui Non
- iii. Une politique écrite sur le positionnement des patients est-elle en place? Oui Non
- iv. Un programme de protection contre les lasers est-il en place? Oui Non
- v. Les patients font-ils l'objet d'une surveillance physiologique continue? Oui Non
- vi. Les salles d'opération disposent-elles d'une alimentation de secours suffisante, conforme à la réglementation ou fondée sur les résultats d'une évaluation des risques environnementaux applicables à la source d'énergie? Oui Non
- vii. Les échantillons pathologiques et autres sont-ils tous éliminés conformément à une politique et à une procédure? Oui Non
- viii. Un décompte des éponges, des aiguilles et des instruments est-il effectué dans le but de confirmer l'exactitude du décompte? Oui Non
- ix. Les instruments chirurgicaux sont-ils tous retraités conformément aux directives provinciales/territoriales? Oui Non
- x. Les membres du personnel qui effectuent le retraitement disposent-ils d'une attestation appropriée pour exécuter ces fonctions? Oui Non
- xi. En cas de complications, existe-t-il des procédures de traitement d'urgence aux installations? Oui Non
- xii. Le matériel d'urgence fait-il régulièrement l'objet de mises à l'essai, avec documentation à l'appui? Oui Non
- xiii. Les médicaments de réanimation sont-ils tous disponibles sur le chariot d'urgence? Oui Non
- xiv. Des médicaments contre l'hyperthermie maligne sont-ils disponibles? Oui Non
- xv. Les membres du personnel clinique possèdent-ils tous une formation à la technique de réanimation cardiorespiratoire (RCR) ou une formation supérieure? Oui Non
- xvi. Des simulations de codes sont-elles effectuées régulièrement? Oui Non
- xvii. Les patients qui ont fait l'objet d'une procédure de sédation ou d'anesthésie sont-ils tenus d'être accompagnés à leur domicile par un adulte responsable? Oui Non
- xxiii. Les ordonnances post-opératoires sont-elles toutes documentées et signées, et les notes opératoires sont-elles dictées en temps utile? Oui Non

**WARRANTY STATEMENT**

Applicant declares that the information provided in this Application, as well as any supplemental information attached to this Application, is true, accurate and complete, and that no material facts have been omitted. Applicant acknowledges a continuing obligation to report to the CNA Company to whom this Application is made ("CNA"), as soon as practicable, any material changes in all such information, after signing the Application and prior to issuance of the policy, and acknowledges that CNA shall have the right to withdraw or modify any outstanding quotations and/or authorization or agreement to bind the insurance based upon such changes. Whereas completion of this Application and signing it does not bind coverage, the Applicant acknowledges and agrees that this Application shall be the basis of the contract if a policy is issued, and that if a policy is issued, CNA will have relied upon, as representations, the Application and any supplemental information attached to this Application, all of which are incorporated by reference to this Application and made a part hereof. Applicant acknowledges that the misrepresentation or failure to disclose material information in the Application could result in a denial of coverage or the issued policy being voidable or void.

Applicant:



By: \_\_\_\_\_

Signature, Title\* and Printed Name of Authorized Representative

Date: \_\_\_\_\_

\*This Application must be signed by the Chief Executive Officer, Chief Financial Officer, Chief Operating Officer, General Counsel or Risk Manager

**Addenda B – Questionnaire à l'intention des centres d'imagerie diagnostique**

1. Une ordonnance écrite est-elle fournie à chaque consultation d'un patient?      Oui      Non
2. Les patients sont-ils informés de leur rendez-vous et des délais d'attente pour obtenir les soins?      Oui      Non
3. Le centre d'imagerie diagnostique dispose-t-il d'un processus documenté visant à établir les rendez-vous des patients en fonction de leur priorité?      Oui      Non
4. Un rapport final écrit faisant état des résultats de l'examen ou de la procédure d'imagerie est-il transmis au médecin ou à l'infirmière praticienne qui l'a prescrit, le cas échéant?      Oui      Non
5. Un rapport préliminaire est-il produit dans les cas imprévus où l'urgence clinique exige une communication immédiate des résultats?      Oui      Non
6. Les patients susceptibles d'avoir une infection respiratoire infectieuse identifiée au moment de l'inscription se voient-ils offrir un masque chirurgical et sont-ils isolés, si possible?      Oui      Non
7. Un lieu sécuritaire et privé est-il mis à la disposition des patients pour qu'ils puissent changer de vêtements et ranger temporairement des articles personnels?      Oui      Non
8. Les femmes font-elles l'objet d'un examen visant à dépister toute grossesse éventuelle?      Oui      Non
9. Des affiches sont-elles placées dans les salles d'attente, les vestiaires et les salles d'examen pour conseiller aux femmes d'informer le personnel si elles sont enceintes?      Oui      Non
10. Le centre d'imagerie diagnostique détient-il les agréments et attestations exigés dans ses domaines d'exercice (p. ex., mammographie)?      Oui      Non
11. Les technologues possèdent-ils les aptitudes et les compétences spécifiques nécessaires pour dispenser les services fournis par le proposant?      Oui      Non
12. Les salles d'examen radiologique sont-elles toutes dotées de matériel de protection au plomb?      Oui      Non
13. Le centre dispose-t-il d'une signalisation ou de mécanismes de contrôle (p. ex., un bureau d'enregistrement des patients) pour restreindre l'accès des patients à la zone d'imagerie diagnostique ou les empêcher de pénétrer dans cette zone?      Oui      Non
14. Le proposant dispose-t-il d'un manuel de procédures écrit, référencé, signé et daté pour tous les tests d'imagerie diagnostique?      Oui      Non
15. Les politiques et procédures sont-elles passées en revue régulièrement dans le but d'assurer leur conformité aux protocoles médicaux, de prévention et de contrôle des infections, de rendement, etc. en vigueur?      Oui      Non
16. Des activités quotidiennes de contrôle de la qualité sont-elles exercées conformément aux exigences d'agrément/réglementaires?      Oui      Non
17. Le proposant participe-t-il à des services offerts au grand public (p. ex., foires sur la santé, expositions dans les centres commerciaux, unités d'évaluation mobiles)?      Oui      Non      Si oui, joindre une description complète des services.
18. La technologie d'imagerie diagnostique utilisée fait-elle l'objet d'un programme d'entretien lui permettant d'offrir une performance optimale et de répondre ainsi aux normes en vigueur?      Oui      Non
19. Des ententes d'entretien visant le matériel de tomographie, d'IRM et d'autres pièces d'équipement similaires sont-elles en place?      Oui      Non      S.O. Si oui, une entente d'entretien avec un tiers a-t-elle été conclue?      Oui      Non      S.O.
20. Type de services d'imagerie offerts :
  - a. **Produits de contraste (remplir s'il y a lieu) :**
    - ii. Des protocoles régissant l'utilisation des produits de contraste ont-ils été mis en place?      Oui      Non      S.O.
    - iii. Les patients font-ils l'objet d'un examen visant à déterminer les risques de réaction indésirable aux produits de contraste?      Oui      Non

- iv. Un médecin est-il présent pendant l'injection d'un produit de contraste?      Oui      Non
- v. Les produits de contraste sont-ils restreints aux seuls produits non ioniques?      Ou      Non
- vi. Existe-t-il des politiques et des procédures d'intervention en cas de réaction indésirable aux produits de contraste?      Oui      Non
- vii. Les techniciens/technologues ont-ils tous reçu une formation à la technique de RCR?      Oui      Non

**b. Services d'IRM (remplir s'il y a lieu) :**

- i. L'accès à la salle d'examen est-il contrôlé par les technologues en imagerie diagnostique?      Oui      Non
- ii. Les patients sont-ils soumis à un dépistage de métaux sous-cutanés tels que les stimulateurs cardiaques et les agrafes?  
Oui      Non
- iii. Est-ce que seuls les matériaux et objets non magnétiques sont admis dans la salle d'examen, même les bouteilles d'oxygène et les fauteuils roulants étant exclus?      Oui      Non
- iv. Un système de suppression du bruit a-t-il été mis en place dans la zone magnétique?      Oui      Non
- vi. Un système de contrôle de l'oxygène a-t-il été mis en place dans la zone magnétique?      Oui      Non
- vii. Les techniciens/technologues ont-ils tous reçu une formation à la technique de RCR?      Oui      Non

**c. Radiographie/tomographie par ordinateur/tomographie par émissions de positrons/tomographie monophotonique d'émission/médecine nucléaire (remplir s'il y a lieu) :**

- i. Les tests sont-ils tous effectués à la demande d'un médecin/d'une infirmière praticienne?      Oui      Non  
Si non, à la demande de qui ces tests sont-ils effectués?
- ii. Est-ce qu'un médecin faisant partie du personnel du proposant examine tous les résultats?      Oui      Non
- iii. Un membre du personnel du proposant fournit-il un diagnostic fondé sur l'interprétation des résultats des tests à un médecin qui les a demandés?      Oui      Non

**d. Ultrason (remplir s'il y a lieu) :**

- i. Un accompagnateur est-il mis à la disposition des patients qui en font la demande?      Oui      Non
- ii. Les patients ont-ils pour instruction de n'enlever que les vêtements qui gêneront la réalisation du test?      Oui      Non
- iii. Les patients reçoivent-ils des jaquettes et des draps pour couvrir les parties dénudées de leur corps?      Oui      Non
- iv. Le technologue explique-t-il au patient quelles parties de son corps seront examinées et quand et pourquoi on le touchera?  
Oui      Non
- v. Est-ce le patient et non le technologue qui retire le gel à la fin de la séance d'imagerie?      Oui      Non

**e. Supplément relatif aux unités mobiles (remplir s'il y a lieu) :**

- i. Le proposant possède-t-il ou exploite-t-il des unités mobiles?      Oui      Non  
Si oui, prière de répondre aux questions suivantes :
- Quel type?
  - Combien d'unités?
  - Quels sont les services offerts?
  - Qui est le fabricant des camions et remorques?
  - Qui a installé les unités?
  - Qui assure l'entretien des unités?      Joindre une copie des ententes d'entretien.
  - Quel est le rayon d'intervention des unités mobiles?

**f. Entretien du matériel (à remplir par tous les proposant) :**

- i. Le proposant conserve-t-il les registres d'inspection, d'entretien, d'essai et d'étalonnage du matériel?      Oui      Non

