



*Formulaire de réinscription  
et  
Questionnaire auto-évaluation*

---

---

## Demande de réinscription au tableau des membres

---

---

### A. Renseignements personnels

---

Nom

---

Prénom

---

Adresse

---

App

---

Ville

---

Province

---

Code postal

---

Téléphone

---

Cellulaire

---

Courriel

## B. Renseignements académiques

Niveau	Institution	Programme	Année d'obtention
Collégial	_____	_____	_____
Universitaire	_____	_____	_____

## C. Renseignements professionnels

1.	_____	_____	_____
	Employeur	Secteur activité	Période
2.	_____	_____	_____
	Employeur	Secteur activité	Période
3.	_____	_____	_____
	Employeur	Secteur activité	Période

Année à laquelle vous avez cessé vos activités en tant qu'inhalothérapeute : \_\_\_\_\_



---

## Questionnaire auto-évaluation

---

Dans cette section, nous vous demandons d'auto-évaluer vos compétences dans les différents champs d'activités de la profession. Cela nous permettra de dresser votre profil professionnel pour ensuite identifier vos besoins de perfectionnement.

Dans les cinq sous-sections suivantes, cochez la case qui correspond à votre situation.

### I. Analyse de la fonction de travail

(nsp= ne sais pas)

Êtes-vous capable de :

**oui    non    nsp**

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Nommer les différents secteurs de la profession?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Différencier une association d'un ordre professionnel?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Connaître et respecter le code de déontologie de l'OPIQ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Connaître et respecter les droits des bénéficiaires quant à la confidentialité et à l'accès au dossier médical? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Discuter des normes et guides de pratique des inhalothérapeutes?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Décrire le champ évocateur de la profession?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### II. Analyse de la fonction inhalothérapie générale

Êtes-vous capable de :

**oui    non    nsp**

- |   |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Préparer la médication pour les différentes techniques d'aérosolthérapie (Aérosol humide, aérosol-doseur, poudre sèche?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Administrer des médicaments en aérosol humide?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Administrer des médicaments en aérosol doseur (technique) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Administrer des médicaments en poudre sèche (technique) ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Nommer et discuter des différents médicaments utilisés par les MPOC?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Ausculter et évaluer un MPOC stable et décompensé?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## II. Analyse de la fonction inhalothérapie générale (suite)

<u>Êtes-vous capable de :</u>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>nsp</b>
7. Comprendre et expliquer la physiologie de :			
7.1. l'asthme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. l'emphysème?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3. la bronchite chronique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4. la fibrose pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5. la scoliose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6. la tuberculose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7. la laryngite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8. l'épiglottite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Évaluer la faisabilité d'une ordonnance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Doser l'oxygène par la saturométrie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Diriger des exercices de rééducation respiratoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Corriger l'atélectasie en post-opératoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Décider du mode thérapeutique en fonction d'une pathologie précise et de l'enseigner au patient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## III. Analyse de la fonction anesthésie

<u>Êtes-vous capable de :</u>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>nsp</b>
1. Préparer le matériel pour une anesthésie générale ou régionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Faire des liens entre les principales complications anesthésiques et le matériel d'urgence nécessaire à leur traitement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Surveiller un électrocardiogramme et reconnaître les différentes arythmies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. D'associer les médicaments en fonction des classes médicamenteuses, des effets recherchés ainsi que des effets secondaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Surveiller le patient lors de l'induction, le maintien, l'émergence et le transfert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. D'assister l'anesthésiste lors d'une anesthésie régionale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### III. Analyse de la fonction anesthésie (suite)

<u>Êtes-vous capable de :</u>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>nsp</b>
7. D'assister l'anesthésiste lors de l'installation de monitoring invasif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Effectuer l'assistance à l'intubation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Assurer la vérification à l'entretien des appareils d'anesthésie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Accueillir et préparer le patient à l'intervention?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### IV. Analyse de la fonction soins intensifs réanimation

<u>Êtes-vous capable de :</u>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>nsp</b>
1. Sélectionner le matériel adéquat pour installer un support ventilatoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Faire une instillation bronchique chez un patient intubé et ventilé?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Établir les liens entre la gazométrie et la ventilation mécanique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Comprendre et calculer des résistances et compliances pulmonaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Nommer les différents critères de sevrage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Instaurer un sevrage et en assurer le suivi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Discuter des nouveautés en ventilation et leurs implications?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Monitorer l'hémodynamie et faire les liens avec la pathologie et les interventions cliniques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Instaurer une ventilation non-invasive avec un CPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Instaurer une ventilation non-invasive avec un BIPAP?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Voir à la fixation d'un tube endotrachéal et en vérifier la position?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## V. Analyse de la fonction respiratoire

<u>Êtes-vous capable de :</u>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>nsp</b>
1. Évaluer la faisabilité de l'ordonnance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Préparer le patient et le renseigner sur le déroulement des tests?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Réaliser des spirométries de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nommer le % d'amélioration du VEMS nécessaire qui permet de conclure que le patient répond adéquatement aux bronchodilateurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Différencier un malade obstructif d'un malade restrictif?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mesurer un VEMS et un débit de pointe chez un asthmatique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Préciser le but d'une provocation bronchique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Motiver adéquatement un patient pour l'exécution des tests?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Valider une courbe débit-volume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Nommer les indications de la pléthysmographie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CONCLUSION

Cette auto-évaluation a pour but de vous permettre d'identifier vos compétences afin de mieux cerner vos besoins de formation. Selon vous, y a-t-il un ou plusieurs secteurs où un stage de perfectionnement vous serait nécessaire avant de réintégrer la profession? Si oui le ou lesquels?

Secteur(s) : \_\_\_\_\_

Besoins particuliers : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Quelles démarches personnelles avez-vous entreprises pour votre réintégration au travail? (ex : lecture,...)

\_\_\_\_\_

Avez-vous présentement un lien d'emploi?

Oui  Non

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dans ce cas, une orientation est-elle prévue par l'employeur?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si non, dans quel(s) champ(s) d'activité(s) voulez-vous pratiquer la profession?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), affirme que les renseignements fournis sont exacts et véridiques.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date