

DEMANDE DE RECONNAISSANCE DE FORMATION POUR EFFECTUER LA PONCTION ARTÉRIELLE RADIALE

Par la présente, je demande à l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) la reconnaissance de formation pour effectuer la ponction artérielle radiale.

IDENTIFICATION DU CANDIDAT	
Nom, prénom :	_____
Numéro de permis :	_____
Signature :	_____ Date : _____

Je reconnais avoir réussi la formation de l'OPIQ

<input type="checkbox"/>	En salle (automne 2003) à Montréal
<input type="checkbox"/>	En salle (automne 2005) à Montréal ou Shawinigan
<input type="checkbox"/>	Campus OPIQ (<i>OPIQ-103 : La ponction artérielle radiale</i>)
<input type="checkbox"/>	Autre (précisez) :

Je reconnais avoir pris connaissance du Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute. Oui Non

Je reconnais avoir réussi au moins 15 ponctions artérielles radiales sous supervision directe d'un médecin. Oui Non

Veillez joindre une copie du registre attestant la réussite des ponctions.



Enregistrer le document et le retourner par courriel à l'adresse suivante : adjointe.juridique@opiq.qc.ca

Ou par télécopieur : 514 931-3621