

VEUILLEZ TÉLÉCHARGER LE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR ET L’ENREGISTRER

Par la présente, je demande à l’Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ) la reconnaissance de l’équivalence de ma formation pour opérer et assurer le fonctionnement de l’équipement d’autotransfusion.

Je reconnais avoir pris connaissance du Programme de formation pour opérer et assurer le fonctionnement de l’équipement d’autotransfusion prévu à l’Annexe II du Règlement sur les activités de formation des inhalothérapeutes pour opérer et assurer le fonctionnement de l’équipement d’assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle et de l’équipement d’autotransfusion.

IDENTIFICATION DU CANDIDAT

Nom, prénom : _____

Numéro de permis : _____

Signature : _____ Date : _____

Je certifie que le candidat dont le nom apparaît ci-haut a réussi une formation théorique et pratique conforme aux termes du Règlement et qu’il a effectué au moins deux fois le suivi clinique d’un patient sous autotransfusion.

IDENTIFICATION DE L’ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Nom: _____

Signature du responsable du Service d’inhalothérapie:

_____ Date: _____

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli par courriel à affaires.juridiques@opiq.qc.ca