OPIQ– DEMANDE D'ATTESTATION D'ÉQUIVALENCE POUR OPÉRER ET ASSURER LE FONCTIONNEMENT DE L'ÉQUIPEMENT PULMONAIRE OU CIRCULATOIRE PAR MEMBRANE EXTRACORPORELLE (ECMO)

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'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle.

Je reconnais avoir pris connaissance du Programme de formation pour opérer et assurer le fonctionnement de l'équipement d'assistance pulmonaire ou circulatoire par membrane extracorporelle prévu à l'Annexe I 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 un minimum de 60 heures de suivi clinique d'un patient sous ECMO.

IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ
Nom:_____
Signature du directeur du « Programme de support extracorporel » :
_____ Date:_____

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