

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 : _____

J'atteste :

- Avoir réussi la formation OPIQ-103 : *La ponction artérielle radiale* ([Campus OPIQ](#))
- Avoir pris connaissance du [Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par un inhalothérapeute.](#)
- Avoir pris réussi au moins 15 ponctions artérielle radiales sous supervision directe d'un médecin

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