

## 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 OPIQ-103 : la ponction artérielle radiale sur le Campus-OPIQ

Oui  Non

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](mailto:adjointe.juridique@opiq.qc.ca)