

NOUS ACCEPTONS ACTUELLEMENT LES DEMANDES POUR LES EXAMENS DE 2022.

Nous n'acceptons aucune demande pour 2023 et les années suivantes pour le moment.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

- **Si votre demande est acceptée**, l'admissibilité aux examens sera accordée pour une période de trois années consécutives, à compter de l'année pour laquelle vous avez présenté une demande.
- **Les reports** ne seront accordés que lors de circonstances exceptionnelles. Pour plus d'information, veuillez consulter la section 5.8 des [Politiques et procédures d'obtention du certificat et du titre d'Associé](#).
- **Renouvellements** : Pour plus d'information au sujet du renouvellement de l'admissibilité, veuillez consulter la section 5.7 des [Politiques et procédures d'obtention du certificat et du titre d'Associé](#).

Commented [CL1]: Please use the same title on website.

REMARQUES

- Un accusé de réception vous sera envoyé par courriel dans un délai de cinq jours ouvrables.
- L'évaluation préliminaire de la formation/pratique prend en moyenne de six à huit mois.
- Le Collège royal communiquera avec vous par courriel; vos coordonnées doivent donc être à jour en tout temps. Vous pourrez les actualiser au www.collegeroyal.ca/coa
- En raison du nombre élevé de demandes, nous vous saurions gré de ne pas contacter l'Unité des titres afin d'assurer le traitement rapide, juste et équitable des demandes.
- Nous comprenons à quel point votre évaluation est importante, et nous mettrons tout en œuvre pour examiner votre demande dans les plus brefs délais. Nous communiquerons avec vous si d'autres renseignements sont requis durant le traitement de votre demande.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

- Avoir suivi une formation spécialisée à l'extérieur du Canada et des États-Unis.
- Remplir toutes les exigences de la formation médicale postdoctorale du territoire où la formation a été donnée.
- La durée de la formation doit respecter les [exigences de la formation spécialisée](#) visée.
- Avoir exercé pendant au moins trois ans (n'importe où) à titre de spécialiste indépendant dans la spécialité visée au moment de présenter la demande.
- Être admissible à exercer (ou avoir déjà exercé) à titre de spécialiste indépendant dans le territoire où a été suivie la formation postdoctorale.

VEUILLEZ CHOISIR L'OPTION QUI S'APPLIQUE À VOTRE SITUATION :

<input type="checkbox"/>	J'ai exercé pendant trois à cinq ans à titre de spécialiste indépendant ou J'ai exercé pendant plus de cinq ans à titre de spécialiste indépendant, mais je n'ai pas passé les deux dernières années dans le même milieu de pratique au Canada.
<input type="checkbox"/>	J'ai exercé pendant plus de cinq ans à titre de spécialiste indépendant, et j'ai passé les deux dernières années dans le même milieu de pratique au Canada.

DOCUMENTS REQUIS

Veillez soumettre les documents suivants au Collège royal avec votre demande :

<input type="checkbox"/>	Un curriculum vitae à jour, incluant les renseignements suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Un résumé de votre pratique et de votre formation • Une justification des interruptions de plus de trois (3) mois d'affilée dans votre formation/pratique
<input type="checkbox"/>	Une copie de votre permis d'exercice (<i>si vous exercez actuellement au Canada</i>)
<input type="checkbox"/>	Un certificat de statut professionnel de votre ordre des médecins (<i>si vous exercez actuellement au Canada</i>) Vous devez en faire la demande et l'ordre des médecins doit l'envoyer directement au Collège royal.
<input type="checkbox"/>	Description détaillée des stages effectués jusqu'à présent dans votre spécialité (p. ex., domaine et temps consacré)
<input type="checkbox"/>	Preuve de maîtrise de la langue (anglais ou français)

Veillez soumettre les documents suivants à la vérification des sources de documents par inscriptionmed.ca

N'oubliez pas d'activer l'échange de ces documents avec le Collège royal.

<input type="checkbox"/>	Une copie de votre diplôme de médecine (p. ex., MD, MBBS)
<input type="checkbox"/>	Certificat/diplôme de spécialité émis par les autorités compétentes du territoire où a été suivie la formation et confirmant l'admissibilité à exercer à titre de spécialiste indépendant
<input type="checkbox"/>	Permis de spécialiste émis dans tous les territoires où vous détenez actuellement ou avez détenu un permis d'exercice dans votre spécialité
<input type="checkbox"/>	Certificat de statut professionnel de votre lieu de pratique (<i>si vous exercez ailleurs qu'au Canada</i>)
<input type="checkbox"/>	Document de stage
<input type="checkbox"/>	Preuve de la formation postdoctorale suivie à ce jour (p. ex., certificat d'achèvement de la formation ou confirmation écrite du directeur du programme de formation indiquant la portée de la formation et les dates de début/fin du programme) Remarque : Si vous avez suivi une formation dans plusieurs endroits et établissements, veuillez soumettre les documents requis à toutes les périodes de formation.

VEUILLEZ ENVOYER VOS FORMULAIRES REMPLIS :

Par la poste :

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Unité des titres
774, promenade Echo
Ottawa (Ont.)
K1S 5N8

Par courriel : per@collegeroyal.ca

Par télécopieur : (613) 730-3707



Veillez vous assurer d'avoir revu les critères et bien rempli le formulaire avant de soumettre votre demande

FRAIS

La date limite pour soumettre une demande est le 30 avril de l'année précédant celle où vous souhaitez passer l'examen. Si vous présentez votre demande après la date limite, vous serez tenus de payer les [frais de retard non remboursables](#) en vigueur au moment de soumettre votre demande.

Il n'est pas garanti que votre demande sera traitée avant la date limite d'inscription à l'examen.

Veillez consulter le barème des frais ci-dessous. Vous trouverez ci-joint un formulaire d'autorisation de paiement par carte de crédit.

Date de réception de la demande au Collège royal	Frais
Avant le 30 avril de l'année précédant celle où vous souhaitez passer l'examen	7000 \$
Entre le 1 ^{er} mai et le 1 ^{er} août de l'année précédant celle où vous souhaitez passer l'examen	7710 \$
Après le 1 ^{er} août de l'année précédant celle où vous souhaitez passer l'examen	8410 \$

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		
Identification		
N° d'identification du Collège royal (le cas échéant) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre	
Nom de famille :	Date de naissance (JJ/MM/AA) :	
Prénom :	Deuxième prénom :	
Coordonnées		
<input type="checkbox"/> Adresse personnelle <input type="checkbox"/> Adresse professionnelle	Appartement :	
Numéro et nom de la rue :		
Ville :	Province :	Code postal :
<input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Cellulaire	<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Professionnel	
Téléphone :	Courriel :	
Diplôme en médecine		
Type de diplôme (p. ex., MD, MBBS) :	Année d'obtention :	
Université :		
Ville :	Pays :	

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT <i>(usage unique)</i>		Date :	
Renseignements sur le candidat			
Nom du candidat :			
Montant : <i>Les montants prélevés par le Collège royal sont en dollars canadiens</i>		Type de carte : <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express	
Renseignements relatifs à la carte de crédit			
Numéro de carte :			
Date d'expiration (MM/AA) :			
Titulaire de la carte :			

<input type="checkbox"/> J'accepte	En cochant la case « J'accepte », vous autorisez le Collège royal à débiter les frais d'évaluation non remboursables de la carte de crédit identifiée plus haut au montant indiqué.
------------------------------------	---

! À L'USAGE EXCLUSIF DU COLLÈGE ROYAL			
Date :		Code rev. :	332
N° d'identification :		Montant :	
Initiales de l'agent :		Code rev. :	
		Montant :	

DÉCLARATION DE COMPRÉHENSION ET AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Identification

Nom de famille :

Date de naissance (JJ/MM/AA) :

Prénom :

Deuxième prénom :

Signé à (ville et province) :

En apposant ma signature, je, médecin soussigné(e), accepte les conditions suivantes et autorise ce qui suit :

Divulgence de renseignements à votre ordre des médecins

J'accepte que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») puisse publier et divulguer à l'ordre des médecins de la province ou du territoire pour lequel je détiens une autorisation ou un permis d'exercice de la médecine et aux autres organismes de réglementation nationaux, la totalité ou une partie des informations relatives à mes antécédents en matière de formation, mon profil de pratique, mes titres, mon admissibilité aux examens, les résultats de mes examens ou évaluations, incluant sans s'y limiter, la description de mon champ de pratique, les détails d'admissibilité, le résumé de rendement et toute évaluation continue et résultats y afférents. Le Collège royal peut fournir à mon ordre des médecins des copies de tous les éléments pertinents présents dans mon dossier. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit.

Divulgence de renseignements entre Pivotal Research Inc. et le Collège royal

J'autorise le Collège royal à fournir mes coordonnées à Pivotal Research Inc. pour les questionnaires de rétroaction multisources.

Partage de renseignements entre votre chef de service/superviseur actuel et le Collège royal

J'autorise la personne identifiée comme mon chef de service/superviseur à transmettre toute information requise par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») au sujet de mes antécédents en matière de formation, mes titres et mon admissibilité à l'examen. J'autorise donc, par la présente, mon chef de service/superviseur à fournir au Collège royal des copies de tous les éléments pertinents présents dans mon dossier. Cette autorisation restera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Une copie de cette autorisation peut être utilisée au besoin.

Conséquences de documentation frauduleuse/fausse ou de comportement répréhensible

Je consens à fournir des informations précises et authentiques au Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») et à participer de bonne foi au processus d'évaluation.

Je comprends que si je fournis une documentation fausse ou frauduleuse au Collège royal, ou si j'adopte un comportement répréhensible quant à mon évaluation, mes actions pourraient entraîner des conséquences sérieuses décrites ci-dessous.

Dans le cas (i) où des informations soumises au Collège royal, y compris des informations personnelles dans des documents de soutien de ma demande, incluant les titres, s'avèreraient ou seraient considérées par le Collège royal comme étant fausses ou non authentiques, frauduleuses ou trompeuses, ou (ii) où toute information liée au Collège royal soumise à d'autres agences s'avèrerait ou serait jugées, selon lesdites agences ou le Collège royal, comme fausses ou non authentiques, frauduleuses ou trompeuses, ou (iii) d'un comportement répréhensible, le Collège royal peut prendre les mesures appropriées qu'il juge opportunes, incluant sans s'y limiter :

- Révoquer mon admissibilité
- Mettre fin à mon évaluation et annuler ou invalider les résultats de mon évaluation
- M'interdire à l'avenir de passer des examens ou des évaluations du Collège royal

Informez chacun des ordres des médecins canadiens, ainsi que les organismes de réglementation, les services délivrant les permis d'exercice, éducatifs et de jumelage des résidents, les organismes de vérification des titres, les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux et organisations faisant appel aux services de médecins, les agences gouvernementales (locales, d'État, provinciales, fédérales ou étrangères), les organismes chargés de l'application de la loi et autres tierces parties et organismes, et leurs représentants qui selon le Collège royal ont un intérêt légitime à connaître ces informations. Je suis conscient que ces informations peuvent être divulguées, que j'aie retiré ou non mon consentement à d'autres utilisations ou autorisé ou non la divulgation de mes informations par le Collège royal.

Entente de confidentialité

Je m'engage à respecter la confidentialité de l'évaluation et je reconnais que je comprends les éléments suivants :

Le non-respect de la confidentialité de l'évaluation peut être considéré comme une inconduite professionnelle et les résultats de mon évaluation peuvent être annulés, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (« Collège royal ») peut en avertir les organismes de délivrance de permis canadiens.

Les questions d'examen et les scénarios sont protégés par des droits d'auteur et sont la propriété exclusive du Collège royal.

Toute reproduction, diffusion ou autre divulgation des questions ou scénarios de l'évaluation, en partie ou dans la totalité, est strictement interdite. Le Collège royal prendra toutes les mesures disciplinaires nécessaires et les recours légaux à sa disposition contre les candidats ou les personnes qui enfreindront cette clause de confidentialité, y compris le retrait de l'admissibilité, l'annulation des résultats et l'interdiction de passer tout autre examen ou évaluation du Collège royal.

Immunité et divulgation

Par la présente, je conviens de tenir indemne et à couvert de tout dommage :

- 1) Le Collège royal et ses employés, ses agents, ses représentants, ses membres, ses administrateurs et membres du Conseil respectifs (collectivement appelés le Collège royal) à l'égard ou en raison d'actes, de communications, de rapports, de déclarations, de documents, de recommandations ou de divulgations m'impliquant et faits de bonne foi et sans malveillance par le Collège royal.

Limitation de responsabilité :

La responsabilité du Collège royal pour les dommages liés à la conduite de l'évaluation, que ce soit dans le cadre d'un contrat (y compris une rupture importante), d'un délit civil (y compris la négligence) ou autrement, même si le Collège royal a été averti de la possibilité de tels dommages, ne devra pas excéder le montant des frais d'évaluation payés par le candidat. En aucun cas, le Collège royal ne sera tenu responsable des dommages indirects, accidentels ou secondaires de quelque type que ce soit, quelle qu'en soit la cause et que ce soit dans le cadre d'un contrat (y compris une rupture importante), d'un délit civil (y compris la négligence) ou autrement, même si le Collège royal a été informé de la possibilité de tels dommages et de la divulgation :

Par ma signature, je, médecin susmentionné(e), reconnais et accepte les termes cités ci-dessus et consens à la divulgation de mes renseignements personnels conformément aux conditions et modalités susmentionnées.

Nom du candidat (lettres moulées) :

Signature du candidat :

Date :

Nom du témoin (lettres moulées) :

Signature du témoin :

Date :

INFORMATION SUR LA FORMATION SPÉCIALISÉE

- Fournir un résumé de la formation spécialisée que vous avez suivie
- Fournir le nom d'un directeur de programme qui peut attester de votre formation spécialisée, si possible
- Veiller à ce que le directeur de programme soit disposé et en mesure de fournir une attestation de votre formation, et sache qu'il sera contacté par le Collège royal
- Joindre un autre document confirmant votre formation spécialisée si vous avez besoin d'espace supplémentaire
- Joindre un autre document pour fournir de l'information détaillée sur les stages que vous avez suivis durant votre formation spécialisée, comme suit (lettres, relevé de stage)

Date de début :	Date de fin :
Poste :	Lieu :
Nom du directeur de programme :	
Adresse courriel du directeur de programme :	

Date de début :	Date de fin :
Poste :	Lieu :
Nom du directeur de programme :	
Adresse courriel du directeur de programme :	

Route d'évaluation par la pratique
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Date de début :	Date de fin :
Poste :	Lieu :
Nom du directeur de programme :	
Adresse courriel du directeur de programme :	

Date de début :	Date de fin :
Poste :	Lieu :
Nom du directeur de programme :	
Adresse courriel du directeur de programme :	

Veuillez indiquer la date de fin de votre formation :

Votre formation a-t-elle été interrompue ou retardée? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Date de début	Date de fin	Type de congé/description

Votre dernière année de formation portait-elle sur une surspécialité en particulier? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Date de début	Date de fin	Surspécialité

Nom du directeur de programme :

Adresse courriel du directeur de programme :

Votre permis ou votre certificat ont-ils déjà été révoqués par un ordre des médecins, ou avez-vous fait l'objet de mesures disciplinaires? Si oui, veuillez préciser.

Aurez-vous besoin de mesures d'adaptation pour vous présenter à l'examen? Veuillez consulter le site Web du Collège royal pour en savoir plus au sujet des [mesures d'adaptation offertes](#).

Champ de pratique:

1. Le champ de pratique de chaque médecin est différent
2. Le champ de pratique d'un médecin est déterminé par les patients qu'il traite, par les interventions qu'il effectue, par les traitements qu'il prodigue et par le milieu dans lequel il pratique.
3. La capacité d'un médecin d'exercer dans son champ de pratique de façon compétente est fonction des connaissances du médecin, de ses aptitudes et de son jugement, lesquels s'acquièrent par la formation et l'expérience liée à son champ de pratique.

Nom

- 1) Comment décririez-vous votre pratique?
Veuillez joindre des pages supplémentaires si nécessaire.

2) Détails de la formation

Dans le tableau ci-dessous, veuillez préciser les détails de votre formation en médecine physique et réadaptation:

Contenu	Durée en mois	Milieu de formation	Outils d'évaluation	Poste de votre superviseur	Pays de formation
Médecine interne générale/chirurgie réadaptation	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation de lésion cérébrale acquise	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation de lésion médullaire	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation musculosquelettique	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	

		<input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> ECOS		
--	--	---------------------------------	-------------------------------	--	--

Content	Duration in months	Training setting	Evaluation tools	What was the position of your supervisor	Country of training
Réadaptation d'AVC	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation d'amputation	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation pédiatrique	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours magistraux <input type="checkbox"/> Autres	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation cardiaque et respiratoire	<input type="checkbox"/> AUCUN # Nombre de mois:	<input type="checkbox"/> Patients Hospitalisés <input type="checkbox"/> Clinique Externe <input type="checkbox"/> Équipes <input type="checkbox"/> Cours	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	

Route d'évaluation par la pratique
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

		magistraux <input type="checkbox"/> Autres	Multisources <input type="checkbox"/> ECOS		
--	--	---	---	--	--

Content	Duration in months	Training setting	Evaluation tools	What was the position of your supervisor	Country of training
Réadaptation gériatrique	<input type="checkbox"/> None # months:	<input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Teams <input type="checkbox"/> Formal lectures <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Réadaptation neuromusculaire	<input type="checkbox"/> None # months:	<input type="checkbox"/> Inpatient <input type="checkbox"/> Outpatient <input type="checkbox"/> Teams <input type="checkbox"/> Formal lectures <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Direct observation <input type="checkbox"/> Written <input type="checkbox"/> Multisource feedback <input type="checkbox"/> OSCE	<input type="checkbox"/> Senior trainee <input type="checkbox"/> Staff	
Élément	Avez-vous suivi une formation pour cette intervention?	Estimation du nombre d'interventions effectuées pendant cette formation	Outils d'évaluation	Degré de supervision	Pays de formation
Arthrocentèse	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	

Route d'évaluation par la pratique
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

			Multisources <input type="checkbox"/> ECOS		
Injections intraarticulaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	

Élément	Avez-vous suivi une formation pour cette intervention?	Estimation du nombre d'interventions effectuées pendant cette formation	Outils d'évaluation	Degré de supervision	Pays de formation
Injections de tissus mous	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Débridement superficiel de lésion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction Multisources <input type="checkbox"/> ECOS	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	
Chimiodénervation dans la prise en charge de troubles de l'hypertonie de muscle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Écrit <input type="checkbox"/> Rétroaction	<input type="checkbox"/> Résident senior <input type="checkbox"/> Personnel	

			Multisources <input type="checkbox"/> ECOS		
1) Suite des détails de la formation Veuillez décrire votre formation dans les domaines suivants (joindre d'autres pages si nécessaire):					
Méthodes/formation en recherche					

Évaluation critique					
Intervention thérapeutique					
Éthique					

Communication

Professionnalisme	
<p>2) Détails de la pratique Utilisez le tableau suivant pour décrire votre pratique typique pendant quatre semaines: Voir les exemples sur la page suivante.</p>	
Rôle	<p>Pour chaque demi-journée, veuillez indiquer votre rôle principal sur les pages 12 à 15 suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clinicien - Chercheur - Administrateur - Enseignant <p style="text-align: right;">- Autre: veuillez préciser</p>

Contextes	<p>Veillez préciser le contexte de chaque période:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cabinet privé - Patients ambulatoires de centre de réadaptation universitaire ou d'enseignement - Patients hospitalisés de centre de réadaptation universitaire ou d'enseignement - Patients ambulatoires de centre de réadaptation communautaire - Patients hospitalisés de centre de réadaptation communautaire - Patients ambulatoires d'hôpital universitaire ou d'enseignement - Patients hospitalisés d'hôpital universitaire ou d'enseignement - Patients ambulatoires d'hôpital communautaire - Patients hospitalisés d'hôpital communautaire - Établissement de soins de longue durée - Autre: veuillez préciser
Type de patients	<p>Veillez préciser le type de patient(s) pour chaque période:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exemples comprennent : AVC, lésion médullaire, amputé, pédiatrique, neurologique, musculosquelettique
Interventions	<p>Veillez préciser le type d'intervention(s) pour chaque période:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Électrodiagnostic - Chimiodénervation - Injections intra-articulaires - Injections de tissus mous - Échographie - Radioscopie - Autre: veuillez préciser

Suite des détails de la formation

Utilisez le tableau suivant pour décrire votre pratique typique pendant quatre semaines:

Échantillon de semaine

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
--	-------	-------	----------	-------	----------

AM	Rôle	Clinicien	Administrateur			
	Milieu	Patients ambulatoires d'hôpital communautaire	Bureau			
	Nombre de nouveaux patients	1	S/O			
	Nombre de patients suivi	5	S/O			
	Groupe de patients	AVC et amputés	S/O			
	Interventions	Aucun	S/O			
PM	Rôle	Clinicien				
	Milieu	Patients ambulatoires d'hôpital communautaire				
	Nombre de nouveaux patients	1				
	Nombre de patients suivi	5				
	Groupe de patients	AVC et amputés				
	Interventions	Aucun				

Suite des détails de la formation

Utilisez le tableau suivant pour décrire votre pratique typique pendant quatre semaines:

Semaine 1						
		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					
	Nombre de patients suivi					
	Groupe de patients					
	Interventions					
PM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					
	Nombre de patients suivi					
	Groupe de patients					
	Interventions					

Suite des détails de la formation

Utilisez le tableau suivant pour décrire votre pratique typique pendant quatre semaines:

Semaine 2

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					
	Nombre de patients suivis					
	Groupe de patients					
	Interventions					
PM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					
	Nombre de patients suivis					
	Groupe de patients					

Interventions					
---------------	--	--	--	--	--

Suite des détails de la formation:
Utilisez le tableau suivant pour décrire votre pratique typique pendant quatre semaines:

Semaine 3						
		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					
	Nombre de patients suivi					
	Groupe de patients					
	Interventions					
PM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					

Nombre de patients suivi					
Groupe de patients					
Interventions					

Suite des détails de la formation
Utilisez le tableau suivant pour décrire votre pratique typique pendant quatre semaines:

Semaine 4

		Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
AM	Rôle					
	Milieu					
	Nombre de nouveaux patients					
	Nombre de patients suivi					
	Groupe de patients					
	Interventions					
PM	Rôle					

Route d'évaluation par la pratique
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

Milieu					
Nombre de nouveaux patients					
Nombre de patients suivis					
Groupe de patients					
Interventions					

COORDONNÉES DE VOTRE CHEF DE SERVICE/SUPERVISEUR ACTUEL

Si vous exercez au Canada

Votre chef de service/superviseur devra confirmer votre champ de pratique et vos compétences. Veuillez nous fournir ses coordonnées.

Nom de famille :

Prénom :

Deuxième prénom :

Numéro et nom de la rue :

Appartement :

Ville :

Province :

Code postal :

Téléphone :

Courriel :

Remarque : L'information fournie pourrait être vérifiée par le Collège royal.