

Les demandes qui ne comptent pas toute la documentation d'appui requise ne seront pas traitées. Veuillez accorder six semaines pour le traitement.

Regulation has been introduced in Ontario. (Selection required.)

Avez-vous l'intention de chercher un emploi en Ontario? Oui Non
 Avez-vous l'intention de chercher un emploi en Alberta? Oui Non

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET COORDONNÉES (VEUILLEZ TAPER OU ÉCRIRE LISIBLEMENT.)

| | |
|--|---|
| Prénom _____ | Nom de famille _____ |
| Second prénom/initiale _____ | Numéro d'Échographie Canada (le cas échéant) _____ |
| Date de naissance : _____ (j/m/a) | Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> |
| Adresse (ligne 1) _____ | Adresse (ligne 2) (indiquer le n° d'appartement /unité) _____ |
| Casier postal ou route rurale (le cas échéant) _____ | Ville _____ |
| Province _____ Code postal _____ | Pays _____ |
| (____) _____ | Adresse électronique (obligatoire) _____ |
| Numéro de téléphone | |

2. SITUATION D'EMPLOI ACTUELLE (VEUILLEZ TAPER OU ÉCRIRE LISIBLEMENT)

Travaillez-vous actuellement? Oui Non

Si oui, veuillez remplir la section ci-dessous et nous fournir des renseignements complets sur votre emploi actuel :

| | |
|--|---|
| Nom de l'employeur (si vous travaillez) _____ | Nom du superviseur _____ |
| (____) _____ | Adresse électronique du superviseur _____ |
| Numéro de téléphone au travail | |
| Adresse (ligne 1) _____ | Adresse (ligne 2) _____ |
| Casier postal ou route rurale (le cas échéant) _____ | Ville _____ |
| Province _____ Code postal _____ | Pays _____ |

3. INDIQUEZ LE OU LES TITRES DE COMPÉTENCES POUR LESQUELS VOUS FAITES LA DEMANDE :

- CRGS®** Échographiste généraliste canadien autorisé
 CRCS® Échographiste cardiaque canadien autorisé
 CRVS® Échographiste vasculaire canadien autorisé

4. DOCUMENTATION D'APPUI REQUISE**A. PREUVE DE FORMATION OFFICIELLE EN ÉCHOGRAPHIE DIAGNOSTIQUE :**

Avez-vous obtenu un diplôme dans le cadre d'un programme de formation accrédité par l'Association médicale canadienne (AMC) en échographie de diagnostic médical? (minimum de 12 mois de formation didactique et clinique) Oui Non

Avez-vous obtenu un diplôme dans le cadre d'un programme de formation officiel non accrédité par l'Association médicale canadienne (AMC) en échographie de diagnostic médical? (minimum de 12 mois de formation didactique et clinique) Oui Non

Si votre formation n'a pas été obtenue dans le cadre d'un programme propre à l'échographie, veuillez nous fournir, dans votre curriculum vitae ou dans un document séparé, des détails sur le contenu du programme qui se rapportait à l'échographie (didactique et clinique), toute formation en cours d'emploi ou tout apprentissage autonome sur le terrain.

Indiquez la documentation d'appui que vous avez joint à votre demande :

- Exemple notarié de votre diplôme/certificat (requis)
 Exemple de votre relevé de note final officiel (requis)
 Veuillez indiquer toute documentation supplémentaire pour votre programme de formation que vous transmettez :

Indiquez le diplôme/certificat obtenu :

Indiquez la date d'obtention du diplôme :

 Jour / Mois / Année

B. CURRICULUM VITAE

Avez-vous joint un curriculum vitae à jour où vous décrivez votre formation en échographie de diagnostic et votre expérience de travail? Oui Non

Le curriculum vitae devrait comprendre une liste de tous les postes occupés, y compris le nom de l'employeur et ses coordonnées, la période de travail et les responsabilités du poste.

(Minimum de 5 ans d'expérience comme échographiste praticien)

C. LETTRE DE L'EMPLOYEUR

Avez-vous joint une lettre signée originale sur papier à correspondance officiel de votre employeur actuel? Oui Non

Il faut spécifier ce qui suit dans cette lettre : votre niveau de compétence clinique, votre poste, vos responsabilités professionnelles, les types d'examen réalisés, le nombre approximatif de patients traités par jour et les années d'expérience d'examen échographiques au lieu d'emploi en question.

D. CERTIFICATION NATIONALE :

Avez-vous réussi un examen de certification nationale et avez-vous joint une preuve de cette certification? (p. ex. ARDMS) Oui Non

Si oui, veuillez indiquer la ou les certifications que vous détenez actuellement.

5. MÉTHODE DE CORRESPONDANCE POUR LE TRAITEMENT DU PRÉSENT FORMULAIRE DE DEMANDE

Veillez indiquer votre méthode de correspondance préférée pour le traitement de cette demande.

- Par courrier
 Par courriel

6. CONFIRMATION ET PROTOCLE D'ACCORD

| | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | J'atteste par la présente que les renseignements apparaissant aux présentes sont, à ma connaissance, exacts et véridiques. |
| <input type="checkbox"/> | On m'a fait connaître les exigences en matière de titres de compétence, et je conviens de respecter les règles et les règlements du processus de demande d'inscription à titre de membre d'Échographie Canada pour les candidats praticiens et les candidats formés à l'externe, tel que le décrit Échographie Canada. J'ai lu et je comprends toutes les modalités touchant ce processus de demande, tel qu'il est indiqué sur le site Web d'Échographie Canada. Je suis entièrement conforme aux modalités décrites sur le site et conviens de les respecter. Je comprends qu'Échographie Canada se réserve le droit de refuser ma demande, de révoquer mon admissibilité comme candidat ou de prendre des mesures contre moi en ma capacité de demandeur si la documentation que je fournis s'avère frauduleuse ou constitue une fausse représentation des faits. |
| <input type="checkbox"/> | Je conviens qu'Échographie Canada peut divulguer à des tierces parties mes renseignements personnels fournis dans la présente (en tout ou en partie) dans le but d'en vérifier la précision et pour aucune autre raison. Je consens à une telle divulgation à condition qu'avant la divulgation de mes renseignements personnels à une tierce partie pour ces fins, Échographie Canada conclue une entente avec la tierce partie en question selon laquelle celle-ci ne peut utiliser ces renseignements que pour en vérifier l'exactitude et doit maintenir des mesures de protection des renseignements au moins aussi strictes que celles d'Échographie Canada. Je consens également à ce que de tierces parties divulguent mes renseignements personnels à Échographie Canada, de sorte qu'Échographie Canada puisse traiter ma demande et vérifier l'exactitude de l'information fournie dans la présente demande. |
| <input type="checkbox"/> | J'ai lu et je comprends la politique sur les renseignements personnels d'Échographie Canada et consens à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins décrites dans la politique sur la protection des renseignements personnels d'Échographie Canada. |
| <input type="checkbox"/> | Je consens à me conformer au <i>Code d'éthique</i> de la profession d'échographiste de diagnostic, tel qu'il est décrit sur le site Web d'Échographie Canada et à me conformer aux autres règles, règlements et politiques liés à la présente demande et aux normes et au renouvellement de tout titre de compétence que j'obtiens par l'entremise d'Échographie Canada. |
| <input type="checkbox"/> | Je reconnais et conviens que, même si Échographie Canada prend des mesures raisonnables pour assurer l'exactitude et le caractère complet de ses renseignements, ressources et rapports, ni Échographie Canada ni ses administrateurs, agents ou employés ne peuvent être tenus responsables des torts ou des pertes en cas d'erreur ou d'omission dans ces documents. En outre, Échographie Canada ne peut être tenue responsable des torts ou des pertes (y compris les dommages de nature personnelle, professionnelle ou financière) que je subis en raison d'une décision quelconque liée à cette demande prise par Échographie Canada ou un de ses administrateurs, agents ou employés ou au nom de ceux-ci. En remplissant une Demande de candidats externes d'Échographie Canada, je conviens de ne pas entreprendre d'action en justice ni d'entreprendre toute autre procédure contre Échographie Canada ou un de ses administrateurs, agents ou employés par rapport à toute action prise de bonne foi et qui est liée à une Demande de candidats externes d'Échographie Canada, y compris des erreurs, des omissions, une négligence ou un manquement quelconque par rapport à celle-ci. J'accepte également d'indemniser et de dégager de toute responsabilité Échographie Canada et chacun de ses administrateurs, agents et employés (les parties indemnisées) absolument et à jamais, relativement à toute réclamation, mesure, dommage, poursuite, responsabilité, obligation, coût, frais ou autres dépenses quelconques, y compris des frais et des coûts juridiques raisonnables (désignés ensemble comme la « réclamation ») faite contre une des parties indemnisées par rapport à l'information que je fournis à une partie indemnisée en vertu des présentes et toute erreur, omission ou imprécision se rapportant à celle-ci. |

Date : _____

Jour / Mois / Année

Signature : _____

Liste de vérification pour le type d'examen Généraliste

Nom : _____

Veuillez cocher tous les types d'examens pour lesquels vous avez été formé et que vous pouvez effectuer en toute compétence.

| Types d'examen | Examens particuliers | Ai fait l'examen au cours des 12 derniers mois | Ai fait l'examen au cours des trois dernières années | Ai la formation, mais N'AI PAS fait l'examen au cours des trois dernières années |
|----------------------------------|---|--|--|--|
| Abdominal | Abdomen | | | |
| | Rénal | | | |
| | Aorte | | | |
| | Bassin mâle | | | |
| | Prostate (transabdominale) | | | |
| Structures superficielles | Thyroïde | | | |
| | Scrotum | | | |
| | Autres structures superficielles (Exemples : glandes salivaires, tissus superficiels, etc.) | | | |
| Gynécologique | Transabdominal | | | |
| | Transvaginal | | | |
| Ostétrique | 1 ^{er} trimestre | | | |
| | 2 ^e et 3 ^e trimestres | | | |
| | Profil biophysique | | | |
| Musculo-squelettique | Musculo-squelettique en général (Exemples : Épaule, genou, coude, etc.) | | | |
| Vasculaire | Artères extracrâniennes | | | |
| | Veines périphériques (membre inférieur) pour TVP | | | |
| | Veines périphériques (membre supérieur) pour TVP | | | |

Veuillez ajouter d'autres types d'examens pour lesquels vous possédez les compétences requises ou d'autres commentaires :

Liste de vérification pour le type d'examen Vasculaire**Nom :** _____

Veuillez cocher tous les types d'examens pour lesquels vous avez été formé et que vous pouvez effectuer en toute compétence.

| Types d'examen | Examens particuliers | Ai fait l'examen au cours des 12 derniers mois | Ai fait l'examen au cours des trois dernières années | Ai la formation, mais N'AI PAS fait l'examen au cours des trois dernières années |
|--|---|---|---|---|
| Vasculaire (abdominal) | Sténose artérielle rénale | | | |
| | Avant/après greffe | | | |
| | Hypertension portale | | | |
| Artères extracrâniennes | Artères carotides (y compris les artères subclavières) | | | |
| Artères périphériques | | | | |
| - Membre inférieur (évaluation du duplex) | Surveillance des greffes | | | |
| | Aorte / artères iliaques | | | |
| | Suivi d'une angioplastie | | | |
| | Suivi d'une sténose significative sur le plan hémodynamique | | | |
| - Membre inférieur (évaluation physiologique) | Indice tibio-brachial/indice brachial à la cheville | | | |
| | Pressions segmentaires | | | |
| | Test d'exercice | | | |
| | Test de Raynaud | | | |
| Veines périphériques | | | | |
| - Membre inférieur | TVP | | | |
| | Insuffisance veineuse | | | |
| Autres examens ou commentaires : | | | | |