

**Demande d'inscription aux examens pour obtenir un titre de compétence  
(Diplômés d'un programme d'échographie accrédité)**

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

<b>Prénom</b>	<b>Nom de famille</b>	
<b>Autre prénom/initiales</b>	<b>N° d'Échographie Canada (le cas échéant)</b>	
<b>Adresse (ligne 1)</b>	<b>Adresse (ligne 2) (indiquez n° d'appartement/bureau)</b>	
<b>Casier postal ou route rurale (le cas échéant)</b>	<b>Ville</b>	
<b>Province</b>	<b>Code postal</b>	<b>Pays</b>
<b>Numéro de téléphone</b>	<b>Adresse électronique (obligatoire)</b>	

**2. INFORMATION PRÉREQUISE**

**Avez-vous terminé ou êtes-vous en train de terminer un programme d'échographe autorisé d'Agrément Canada?**  Oui  Non

NOTE: Échographie Canada exige une lettre de la part du responsable de votre programme qui indique la progression de votre formation et votre admissibilité à l'examen. Échographie Canada exige que cette lettre soit transmise directement par le responsable de votre programme, indépendamment de cette demande. En signant le présent formulaire, vous acceptez que ces renseignements soient transmis à Échographie Canada.

**Nom de l'école :** \_\_\_\_\_ **Date d'obtention :** \_\_\_\_\_  
J / M / A

**Pour quel(s) titre(s) de compétence en échographie avez-vous terminé ou êtes-vous en train de terminer vos études?**  Généraliste  Cardiaque  Vasculaire

**Le responsable de votre programme a-t-il soumis à Échographie Canada votre rapport du candidat sur l'évaluation des compétences cliniques (CCSA)?**  Oui  Non

**3. EXAMEN(S) DEMANDÉ(S)**

- Indiquez l'examen ou les examens demandés en cochant la case appropriée(s).
- Veuillez choisir le centre d'examen où vous désirez passer votre examen.

Date de l'examen	Centre d'examen
------------------	-----------------

<b>Examens de base et Généraliste</b> <input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Généraliste <input type="checkbox"/> De base (français) <input type="checkbox"/> Généraliste (français)	<input type="checkbox"/> Burnaby, C.-B.	<input type="checkbox"/> Calgary, Alb.
	<input type="checkbox"/> Edmonton, Alb.	<input type="checkbox"/> Ottawa, Ont.
	<input type="checkbox"/> Toronto, Ont.	<input type="checkbox"/> Hamilton, Ont.
	<input type="checkbox"/> London, Ont.	<input type="checkbox"/> Halifax, N.-É.
	<input type="checkbox"/> Sudbury, Ont.	<input type="checkbox"/> Moncton, N.-B.
	<input type="checkbox"/> Windsor, Ont.	<input type="checkbox"/> Winnipeg, Man.
	<input type="checkbox"/> St. John's, T.-N.-L.	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Examens Cardiaque et/ou Vasculaire</b> <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Vasculaire	<input type="checkbox"/> Burnaby, C.-B.	<input type="checkbox"/> Calgary, Alb.
	<input type="checkbox"/> Edmonton, Alb.	<input type="checkbox"/> Toronto, Ont.
	<input type="checkbox"/> Hamilton, Ont.	<input type="checkbox"/> Winnipeg, Man.
Tous les centres d'examen peuvent être modifiés en fonction de la disponibilité. Les préférences des centres sont attribuées selon le critère du premier arrivé, premier servi.		

#### 4. AUTORISATIONS

Pouvons-nous ajouter votre nom à un répertoire en ligne et/ou une liste publiée des échographistes nouvellement autorisés?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pouvons-nous informer les responsables de votre programme de formation des résultats de votre examen?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Pouvons-nous aviser l'Ordre des technologues en radiation médicale de l'Ontario (OTRMO) des résultats de votre examen?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

#### 5. FRAIS D'EXAMEN

Veillez indiquer les examens demandés, les frais applicables et le total des frais annexés à la présente demande. (NOTA : Les trois composantes de l'examen généraliste sont exigées pour le titre d'Échographiste généraliste canadien autorisé - CRGS®.)

<b>Examen de base</b>	<input type="checkbox"/>	<b>200,00 \$</b>
<b>Examen Généraliste (les 3 composantes)</b>	<input type="checkbox"/>	<b>500,00 \$</b>
Composante obstétricale/gynécologique	<input type="checkbox"/>	200,00 \$
Composante abdominale / structures superficielles	<input type="checkbox"/>	200,00 \$
Composante vasculaire / généraliste	<input type="checkbox"/>	200,00 \$
<b>Examen Cardiaque</b>	<input type="checkbox"/>	<b>500,00 \$</b>
<b>Examen Vasculaire</b>	<input type="checkbox"/>	<b>500,00 \$</b>
<b>Frais administratifs de demande d'examen</b>	Ajoutez au total ces frais obligatoires et non remboursables	<b>125,00 \$</b>
<b>TOTAL DES FRAIS :</b>		<b>\$</b>

#### 6. MODE DE PAIEMENT

<input type="checkbox"/> <b>Chèque</b> (À l'ordre d'Échographie Canada; nous n'acceptons PAS de chèques postdatés)	<input type="checkbox"/> <b>Mandat-poste</b>
<input type="checkbox"/> <b>MasterCard</b> <input type="checkbox"/> <b>VISA</b>	<b>Montant :</b> _____
<b>Numéro de carte de crédit :</b> ____ - ____ - ____	<b>Date d'échéance :</b> ____ / ____ <b>M      A</b>
<b>Nom qui apparaît sur la carte de crédit:</b> _____	<b>Code de sécurité :</b> _____
	<b>Signature du détenteur de la carte :</b> _____

## 7. MESURES D'ADAPTATION

Demandez-vous des mesures d'adaptation pour des besoins spéciaux lors de votre examen(s)?  Oui  Non

Si oui, avez-vous annexé le formulaire Demande de mesures d'adaptation lors d'un examen, et les documents justificatifs?  Oui  Non

## 8. CONFIRMATION ET PROTOCOLE D'ACCORD

J'atteste par la présente que les renseignements apparaissant aux présentes sont, à ma connaissance, exacts et véridiques.

On m'a avisé des exigences pour l'obtention des titres de compétence et j'accepte de respecter les règlements du processus d'examen comme indiqués par Échographie Canada. J'ai lu et je comprends toutes les conditions comprises dans le présent Guide d'examen d'Échographie Canada publiés sur le site Web d'Échographie Canada. Je suis totalement d'accord, et j'accepte de respecter toutes les conditions énoncées. Je comprends qu'Échographie Canada se réserve le droit de refuser ma demande; de révoquer mon admission comme candidat; ou de prendre des mesures contre moi en ma capacité de détenteur de permis si les documents que je fournis s'avèrent être frauduleux ou une déformation des faits.

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.

Je comprends qu'Échographie Canada fournit aux programmes d'échographistes autorisés de l'Association médicale canadienne des rapports statistiques sur la réussite en fin de formation. Nota : ces rapports ne contiennent PAS le nom des candidats.

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.

Je consens à me conformer au Code d'éthique de la profession d'échographiste de diagnostic, tel que présenté dans le Guide de l'examen 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.

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 m'inscrivant et en participant à un examen de titre de compétence 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 un examen de titre de compétence 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 : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Jour / Mois / Année

**VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE VOTRE DEMANDE A ÉTÉ SIGNÉE ET DATÉE. ENVOYEZ LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE ET LA PREUVE DE PAIEMENT DES FRAIS À ÉCHOGRAPHIE CANADA AVANT LA DATE LIMITE DE DEMANDE D'EXAMEN. NOUS N'ACCEPTONS PAS DE DEMANDES TARDIVES. VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE L'ADRESSE POSTALE ET L'ADRESSE ÉLECTRONIQUE QUE VOUS FOURNISSEZ POUR FINS DE COMMUNICATION SONT À JOUR ET FIABLES.**

**ENVOYEZ VOTRE DEMANDE, LA PREUVE DE PAIEMENT DES FRAIS ET LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS PAR COURRIEL À :**

[EXAMINFO@SONOGRAPHYCANADA.CA](mailto:EXAMINFO@SONOGRAPHYCANADA.CA)

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU D'ÉCHOGRAPHIE CANADA

Date de réception : \_\_\_\_\_ Décision : Approuvée \_\_\_\_\_  
J / M / A

Rejetée \_\_\_\_\_

Si la demande est rejetée, la raison : \_\_\_\_\_