



# Modification de RENSEIGNEMENTS

Les membres de l'OTRO sont tenus d'aviser l'Ordre de toute modification apportée aux renseignements qu'ils ont fournis au cours du processus de demande ou de renouvellement de l'inscription.

Veuillez remplir toutes les sections pertinentes et envoyer le présent formulaire de modification des renseignements dans **les 30 jours** suivant toute modification apportée à vos coordonnées, données d'emploi, de formation ou touchant votre conduite. Le site Web de l'Ordre, [www.crto.on.ca](http://www.crto.on.ca), permet d'envoyer les modifications en ligne.

## 1. DONNÉES PERSONNELLES

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

NUMÉRO D'INSCRIPTION À L'OTRO

\*NOUVEAU PRÉNOM (le cas échéant)

\*NOUVEAU NOM DE FAMILLE (le cas échéant)

\*Il faut envoyer la demande de modification de changement de nom par écrit, en y joignant une copie du certificat de mariage, du certificat de changement de nom ou une autre preuve d'un changement légal de nom.

## 2. ADRESSE À DOMICILE / COORDONNÉES

S.O. – AUCUN CHANGEMENT

NO D'APP.

NO D'APP.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

PAYS

COURRIEL

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

CELLULAIRE

## 3. MODIFICATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE (s'applique à tous les cadres de travail)

S.O. – AUCUN CHANGEMENT

Travaille en TR en Ontario

Travaille en T à l'extérieur de l'Ontario

Travaille mais pas en TR, et cherche du travail en TR

Travaille, pas en TR, et ne cherche pas de travail en TR

Ne travaille pas, mais cherche du travail en TR

Ne travaille pas et ne cherche pas de travail en TR

Retraité - veuillez indiquer la date de fin du travail : (M/J/AA)

Congé:  Médical  Parental  Études  Autre: \_\_\_\_\_

Date de début du congé : (M/J/AA) \_\_\_\_\_ Date de fin : (M/J/AA) \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY	RECEIVED DATE	NOTES

**4. EMPLOI**       PRINCIPAL       SUPPLÉMENTAIRE       S.O. – AUCUN CHANGEMENT

EMPLOYEUR/DÉNOMINATION SOCIALE

SERVICE CADRE DE TRAVAIL (p. ex., hôpital)

ADRESSE

VILLE PROVINCE CODE POSTALTÉLÉPHONE POSTE TÉLÉCOPIEUR

SUPÉRIEUR IMMÉDIAT (NOM ET TITRE)

Catégorie d'emploi       Permanent       Temporaire       Occasionnel       Travail autonomeStatut       Temps plein       Temps partiel       Occasionnel

Date de début (MM/JJ/AAAA):

Date de fin, s'il y a lieu (MM/JJ/AAAA):

**Type de poste (Cocher seulement UNE réponse)**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Personnel de thérapie respiratoire   | <input type="checkbox"/> Conseiller   | <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire en polysomnographie       |
| <input type="checkbox"/> Administrateur   | <input type="checkbox"/> Faculté (éducation post-secondaire)                    | <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire de la fonction pulmonaire |
| <input type="checkbox"/> Assistant anesthésiste   | <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire en soins à domicile            | <input type="checkbox"/> Thérapeute en réadaptation pulmonaire             |
| <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire – diagnostics cardiaques   | <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire en soins hyperbares            | <input type="checkbox"/> Spécialiste de la gestion de la qualité           |
| <input type="checkbox"/> Perfusionniste cardiovasculaire  | <input type="checkbox"/> Praticien en contrôle des infections                   | <input type="checkbox"/> Chercheur   |
| <input type="checkbox"/> Gestionnaire/coordonnateur de cas  | <input type="checkbox"/> Directeur  | <input type="checkbox"/> Représentant des ventes                           |
| <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire/chef de l'exercice professionnel/thérapeute respiratoire en chef | <input type="checkbox"/> Propriétaire-exploitant                                | <input type="checkbox"/> Thérapeute respiratoire en transport              |
| <input type="checkbox"/> Enseignant/moniteur clinique   | <input type="checkbox"/> Éducateur de patients/intervention auprès des patients | <input type="checkbox"/> Autre :   |

**Domaine d'exercice principal (Cocher seulement UNE réponse)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins actifs                           | <input type="checkbox"/> Diagnostics                               | <input type="checkbox"/> Santé publique                         |
| <input type="checkbox"/> Administration/gestion                 | <input type="checkbox"/> Éducation (post-secondaire)               | <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie/salle d'opération           | <input type="checkbox"/> Emergency                                 | <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité                  |
| <input type="checkbox"/> Prévention des maladies chroniques     | <input type="checkbox"/> Soins à domicile                          | <input type="checkbox"/> Réadaptation                           |
| <input type="checkbox"/> Soins chroniques/de longue durée       | <input type="checkbox"/> Prévention des infections                 | <input type="checkbox"/> Recherche                              |
| <input type="checkbox"/> Soins primaires complets (p. ex., ESF) | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                          | <input type="checkbox"/> Ensemble d'équipement de ventilation   |
| <input type="checkbox"/> Consultation                           | <input type="checkbox"/> Éducateur de patient/client               | <input type="checkbox"/> Ventes                                 |
| <input type="checkbox"/> Soins continus                         | <input type="checkbox"/> Transport des patients (aérien/terrestre) | <input type="checkbox"/> Autre:                                 |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs                        | <input type="checkbox"/> Polysomnographie                          |   |

**Autres domaines d'exercice (Cocher toutes les réponses qui s'appliquent)**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins actifs                           | <input type="checkbox"/> Diagnostics                               | <input type="checkbox"/> Santé publique                         |
| <input type="checkbox"/> Administration/gestion                 | <input type="checkbox"/> Éducation (post-secondaire)               | <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle respiratoire |
| <input type="checkbox"/> Anesthésie/salle d'opération           | <input type="checkbox"/> Emergency                                 | <input type="checkbox"/> Gestion de la qualité                  |
| <input type="checkbox"/> Prévention des maladies chroniques     | <input type="checkbox"/> Soins à domicile                          | <input type="checkbox"/> Réadaptation                           |
| <input type="checkbox"/> Soins chroniques/de longue durée       | <input type="checkbox"/> Prévention des infections                 | <input type="checkbox"/> Recherche                              |
| <input type="checkbox"/> Soins primaires complets (p. ex., ESF) | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs                          | <input type="checkbox"/> Ensemble d'équipement de ventilation   |
| <input type="checkbox"/> Consultation                           | <input type="checkbox"/> Éducateur de patient/client               | <input type="checkbox"/> Ventes                                 |
| <input type="checkbox"/> Soins continus                         | <input type="checkbox"/> Transport des patients (aérien/terrestre) | <input type="checkbox"/> Autre:                                 |
| <input type="checkbox"/> Soins intensifs                        | <input type="checkbox"/> Polysomnographie                          |   |

**Principale catégorie de patients/clients (Cocher seulement UNE réponse)**

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Tous les âges | <input type="checkbox"/> Néonataux    | <input type="checkbox"/> Personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Adultes       | <input type="checkbox"/> Pédiatriques | <input type="checkbox"/> S.o.            |

**5. ÉDUCATION**

S.O. – AUCUN CHANGEMENT

	Domaine d'études	Établissement	Province et pays	Année d'obtention/en cours
<input type="checkbox"/> Diplôme				
<input type="checkbox"/> Baccalauréat				
<input type="checkbox"/> Maîtrise				
<input type="checkbox"/> Doctorat				
<input type="checkbox"/> Doctorat (professorat)				

**6. MODIFICATION EN MATIÈRE D'ACCREDITATION :**

S.O. – AUCUN CHANGEMENT

Type de certificat	Année d'obtention/en cours



SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

POSTE CRTO  
 300-90, RUE Adelaide O.  
 TORONTO (ONTARIO) M5H 3V9  
 TÉLÉCOPIEUR : (416) 591-7890

QUESTIONS : Tél. : 416 591-7800 ou  
 SANS FRAIS 1 800 261-0528  
 COURRIEL : [questions@crto.on.ca](mailto:questions@crto.on.ca)