



College of Respiratory  
Therapists of Ontario

Ordre des thérapeutes  
respiratoires de l'Ontario

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE document

## Examen du programme de FORMATION

Le présent formulaire a été conçu pour faciliter l'envoi de votre relevé de notes, par votre établissement d'enseignement. Il vous revient de communiquer directement avec votre établissement d'enseignement.

---

### SECTION 1 – remplie par le candidat

Prénom : \_\_\_\_\_ Second prénom : \_\_\_\_\_

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom(s) antérieur(s) (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Matricule d'étudiant : \_\_\_\_\_

Je consens à ce que mon établissement d'enseignements remette les renseignements et documents exigés par l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario, aux fins d'examen de mon programme.

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

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

---

### SECTION 2 – remplie par un agent autorisé

**Note à l'intention de l'agent autorisé :** La personne susmentionnée a effectué une demande d'inscription auprès de l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). Dans le cadre du processus d'examen, l'OTRO examinera le programme d'enseignement du candidat. Pour nous aider à cet égard, veuillez remplir le présent formulaire et fournir les renseignements et documents exigés.

Nom de l'agent officiel qui remplit le formulaire (en caractères d'imprimerie ou lettres moulées) : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse de l'établissement : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

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

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

---

### Documents demandés :

- Descriptions de cours détaillées englobant la méthode d'évaluation des étudiants;
- Programme et syllabus de cours (composantes didactiques et cliniques);
- Renseignements sur les rotations cliniques du programme, dont les lieux et le nombre d'heures par semaine;
- Autres renseignements : \_\_\_\_\_

**Demande de renseignements****Nom du diplôme :****Langue d'enseignement :****Date d'admission de l'étudiant :****Date de fin des études (y compris l'exercice clinique) :****Nombre de crédits transférés du programme antérieur (s'il y a lieu) :****Durée du programme :**

Semestres d'études :

Années :

Nombre de crédits :

Nombre de semaines par semestre?

Nombre d'heures par crédit?

**Les rotations cliniques comprenaient-elles les sites et domaines cliniques suivants?**Soins intensifs aux adultes  Oui Heures :Soins intensifs pédiatriques  Oui Heures :Soins intensifs néonataux  Oui Heures :Salle d'opération  Oui Heures :Services des urgences/accidents  Oui Heures :Salles communes  Oui Heures :Laboratoire d'exploration fonctionnelle respiratoire  Oui Heures :Diagnostics cardiaques (p. ex., Holter, ÉCG à 12 dérivations)  Oui Heures :Soins à domicile (oxygénothérapie et soins connexes)  Oui Heures :

Autres (détails)

**NOTES ET RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES****ENVOI DU FORMULAIRE FORM**

Envoyez ce formulaire et les documents à l'appui à :

Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario  
 180, rue Dundas Ouest, Bureau 2103  
 Toronto (Ontario) M5G 1Z8  
 Canada

Personne-ressource de l'OTRO :

Carole Hamp RRT, directrice de la qualité de l'exercice  
 Tél. : 416-591-7800, sans frais : 1 800 261-0528  
 Téléc. : 416-591-7890  
 Courriel : [hamp@crto.on.ca](mailto:hamp@crto.on.ca) [www.crto.on.ca](http://www.crto.on.ca)