



# DEMANDE de changement des MODALITÉS ET RESTRICTIONS

Les membres de l'OTRO qui ont des certificats d'inscription contenant des modalités et restrictions imposées par le comité d'inscription peuvent faire une demande pour que celles-ci soient changées ou supprimées. Une demande de changement des MR devrait inclure ce qui suit :

- Formulaire de demande rempli;
- Lettre d'appui de l'employeur ou du surveillant (voir le Guide lié aux MR - Lettre de l'employeur)
- Copies des listes de vérification des compétences cliniques signées et datées par des professionnels de la santé réglementés, au moins 5 signatures par compétence (voir le Guide lié aux MR - modèle de liste de vérification des compétences)
- Tout autre document justificatif comme la preuve que le membre a suivi des cours de mise à niveau, de recyclage, preuve d'apprentissage, d'orientation ).

PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	N° d'inscription de l'OTRO
COURRIEL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	

## PARTIE 1 - DEMANDE

À titre de membre de l'OTRO inscrit avec un certificat d'inscription de membre  **Général**  **Diplômé**  **Auxiliaire** sur lequel le Comité d'inscription a imposé des modalités et restrictions (MR), je souhaite faire une demande auprès du Comité d'inscription afin que l'on (sélectionner une option) :

- Supprimer la totalité des MR imposées sur mon certificat d'inscription (veuillez sauter la partie 2 et remplir les parties 3, 4 et 5).
- Supprimer ou modifier certaines MR imposées sur mon certificat d'inscription (veuillez remplir les parties 2, 3, 4 et 5).

## PARTIE 2 - MR

**A. Surveillance -** Je souhaite pouvoir exécuter les procédures suivantes sans surveillance (cochez toutes les réponses appropriées) :

- Procédures prescrites sous le derme - de base**
  - Ponction artérielle, veineuse et capillaire (ex., ponction artérielle)
  - Insertion, suture, aspiration, repositionnement, manipulation et retrait d'une canule artérielle (ex., insertion de cathéter artériel)
  - Insertion, suture, aspiration, repositionnement, manipulation et retrait d'une canule veineuse (ex., insertion d'intraveineuse périphérique, canulation de veine jugulaire interne)
- Procédures prescrites sous le derme - avancées**
  - Manipulation ou repositionnement d'une canule à ballonnet (ex., pression pulmonaire capillaire)
  - Insertion, aspiration, repositionnement et retrait d'une aiguille thoracique
  - Insertion, aspiration, repositionnement et retrait d'un drain thoracique
  - Prélèvement d'échantillon de tissu bronchoscopique aux fins de lavage broncho-alvéolaire et de brossage endobronchique
  - Insertion d'aiguille intraosseuse
  - Placement d'électrode sous-cutanée aux fins de suivi interopératoire et fœtal périnatal

RÉSERVÉ À L'INTERNE						DATE DE RÉCEPTION	DATE D'EXAMEN	NOTES
---------------------	--	--	--	--	--	-------------------	---------------	-------

**Pratiquer des intubations** au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx. (ex., insertion de tube trachéal, insertion de masque laryngé)

**Pratiquer des aspirations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;**

**Administrer une substance par injection ou inhalation**

- Médicaments par inhalation
- Administration d'oxygène
- Gaz anesthésiant et (ou) spécialisé
- Ventilation mécanique invasive
- Ventilation mécanique non invasive en pression positive
- Injections intravasculaires, intramusculaires, intradermiques et/ou sous-cutanées

**Changement de tube de trachéotomie d'un stomate de plus de 24 heures**

**Changement de tube de trachéotomie d'un stomate de moins de 24 heures**

**B. Autres MR** Je demande la modification des MR suivantes imposées sur mon certificat d'inscription :

**PARTIE 3 - CONTEXTE**

Décrivez brièvement la raison pour laquelle vous demandez le retrait ou la suppression de vos MR (p. ex., nouvel employeur, nouveau rôle).

**PARTIE 4 - DOCUMENTS JUSTIFICATIFS**

Veillez énumérer tous les documents joints à votre demande (ex., lettre de soutien de votre employeur ou surveillant, copies de listes de vérification des compétences et tout autre document justificatif supplémentaire).


**Partie 5 - DÉCLARATION ET AUTORISATION**

- Je **déclare/atteste par les présentes** que mes déclarations sur cette demande sont, au mieux de mes connaissances, complètes et exactes.
- Par la présente, j'autorise** les sources indiquées sur ce formulaire à fournir à l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario tous les renseignements à mon sujet qu'elles ont en leur possession, aux fins de l'inscription à l'OTRO.



**SIGNATURE** \_\_\_\_\_ **DATE** \_\_\_\_\_

**ENVOI DE VOTRE DEMANDE**

Par la poste : OTRO, 180, rue Dundas Ouest, bureau 2103 Toronto (Ontario) M5G 1Z8

TÉLÉCOPIEUR : 416-591-7890 Courriel : [questions@crto.on.ca](mailto:questions@crto.on.ca)

QUESTIONS : 416-591-7800 ou sans frais 1-800-261-0528, courriel : [questions@crto.on.ca](mailto:questions@crto.on.ca) Web : [www.crto.on.ca](http://www.crto.on.ca)