



# Guide sur les MODALITÉS ET RESTRICTIONS (MR) imposées par le Comité d'inscription

Pour exercer la thérapie respiratoire en Ontario, il faut détenir un certificat d'inscription auprès de l'Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (OTRO). Certains membres de l'OTRO doivent respecter des modalités et restrictions (MR). Ces modalités peuvent être mises en place par voie de règlement (certificats de membre diplômé) et d'autres, par les comités législatifs.

Le présent guide s'adresse aux membres inscrits pour qui le **Comité d'inscription a imposé des MR**. Les renseignements contenus dans le présent guide aideront les membres et leurs employeurs quant à la gestion des MR. Le guide explique aussi comment faire enlever ou modifier les MR.

## A. MODALITÉS ET RESTRICTIONS

Les modalités et restrictions (MR) sont des restrictions imposées sur le certificat d'inscription d'un membre. En général, ces restrictions sont imposées dans le but de protéger le public. Par exemple, si un membre a été absent de la profession pendant une longue période et qu'il ne répond à l'exigence d'état actuel des compétences, le Comité d'inscription peut l'obliger à exercer la profession sous surveillance. Cette condition permet de veiller au renouvellement de la formation, à la surveillance et à l'évaluation du membre avant qu'il exerce la profession sans restriction. Les MR sont indiquées sur le registre public des membres et sont publiées sur le site Web de l'OTRO. Les membres qui ont des MR peuvent demander au Comité d'inscription de les supprimer ou de les enlever (section D). Voyez au tableau 1 ci-dessous certains

### TABLE DES MATIÈRES :

A.	MODALITÉS ET RESTRICTIONS	1
B.	SURVEILLANCE	3
C.	GESTION DES MR	4
D.	DEMANDE DE CHANGEMENT DE MODALITÉS ET RESTRICTIONS	5
E.	LISTES DE VÉRIFICATION DES COMPÉTENCES	6
F.	MODÈLES ET ÉCHANTILLONS	6
G.	RESSOURCES	7
H.	COORDONNÉES	7

exemples de MR pouvant être imposées par le Comité d'inscription.

**TABLEAU 1 – MODALITÉS ET RESTRICTIONS POUVANT ÊTRE IMPOSÉES PAR LE COMITÉ D'INSCRIPTION**

<p>1. Le membre doit, dès qu'il est raisonnablement possible, aviser son employeur de toute modalité et restriction s'appliquant à son certificat d'inscription s'il travaille dans le domaine de la thérapie respiratoire.</p>
<p>2. Le membre doit uniquement exécuter un acte contrôlé autorisé à la profession si cela se fait sous la <b>surveillance générale</b> d'un membre de l'Ordre au terme de la <i>Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées</i> qui est autorisé à exécuter l'acte contrôlé en question, qui possède les compétences pour ce faire et qui est à dix (10) minutes du lieu où l'acte autorisé sera exécuté.</p> <p><b>Dans ce cas, le membre (sous surveillance générale*) peut, par exemple :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exécuter une procédure prescrite de base sous le derme (p. ex., analyse de gaz artériel, insertion de cathéter, insertion d'intraveineuse);</li> <li>• Pratiquer des intubations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;</li> <li>• Pratiquer des aspirations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;</li> <li>• Administrer une substance par injection ou inhalation</li> </ul>
<p>3. Le membre peut uniquement exécuter un acte contrôlé autorisé aux thérapeutes respiratoires, aux fins d'acquérir les compétences liées à cette procédure, si cela est exécuté sous la <b>surveillance directe</b> d'un professionnel de la santé réglementé qui est autorisé à exécuter l'acte contrôlé en question.</p> <p><b>Dans ce cas, le membre devra avoir une surveillance directe*, par exemple :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exécuter une procédure prescrite (de base) sous le derme (p. ex., analyse de gaz artériel, insertion de cathéter, insertion d'intraveineuse);</li> <li>• Pratiquer des intubations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;</li> <li>• Pratiquer des aspirations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;</li> <li>• Administrer une substance par injection ou inhalation</li> </ul>
<p>4. Le membre peut uniquement exécuter une <b>procédure prescrite avancée sous le derme</b> aux fins d'acquérir les compétences liées à cette procédure, si cela est exécuté sous la surveillance directe d'un professionnel de la santé réglementé qui est autorisé à exécuter les procédures prescrites avancées.</p> <p><b>Dans ce cas, le membre devra avoir une surveillance directe* par exemple :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manipulation ou repositionnement d'une canule à ballonnet</li> <li>• Insertion, aspiration, repositionnement et retrait d'une aiguille thoracique</li> <li>• Insertion, aspiration, repositionnement et retrait d'un drain thoracique</li> <li>• Prélèvement d'échantillon de tissu bronchoscopique aux fins de lavage broncho-alvéolaire et de brosse endobronchique</li> <li>• Insertion d'aiguille intraosseuse</li> <li>• Placement d'électrode sous-cutanée aux fins de suivi peropératoire et foetal périnatal</li> </ul> <p><b>REMARQUE :</b> Pour exécuter une procédure donnée classée comme avancée, un thérapeute respiratoire inscrit (RRT) doit avoir réussi un programme d'agrément ou de renouvellement de l'agrément approuvé par l'OTRO au cours des deux années précédentes. De plus amples renseignements à ce sujet sont fournis dans les <a href="#">Lignes directrices de pratique professionnelle Programmes d'agrément des procédures prescrites avancées sous le derme</a> de l'OTRO.</p>

5.	Le membre peut uniquement <b>changer un tube de trachéotomie pour un stomate de plus de 24 heures</b> , aux fins d'acquérir les compétences liées à cette procédure, si cela est exécuté sous la <b>surveillance directe</b> d'un professionnel de la santé réglementé qui est autorisé à exécuter l'acte contrôlé en question.
6.	Le membre peut uniquement <b>changer un tube de trachéotomie pour un stomate de moins de 24 heures</b> , aux fins d'acquérir les compétences liées à cette procédure, si cela est exécuté sous la <b>surveillance directe</b> d'un professionnel de la santé réglementé qui est autorisé à exécuter l'acte contrôlé en question.
7.	Le membre <b>ne doit pas déléguer</b> un acte contrôlé.  Le membre ne peut PAS déléguer d'actes contrôlés à d'autres personnes. La délégation est le transfert de l'autorisation légale d'exécuter un acte contrôlé à une personne qui ne possède pas cette autorisation.
8.	Le membre <b>ne doit pas accepter la délégation</b> d'un acte contrôlé.

## B. SURVEILLANCE

Certains certificats d'inscription peuvent être assortis d'une condition de surveillance. Dans la plupart des cas, l'exigence de surveillance s'applique à l'exécution des actes contrôlés autorisés aux thérapeutes respiratoires, soit :

1. Exécuter une procédure prescrite de base sous le derme (p. ex., analyse de gaz artériel, insertion de cathéter, insertion d'intraveineuse);
2. Pratiquer des intubations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx;
3. Pratiquer des aspirations au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx
4. Administrer une substance par injection ou inhalation
5. Administrer une substance prescrite par inhalation

La condition de surveillance peut s'appliquer à tous les actes autorisés ou à certains actes autorisés ou procédures seulement.

\*L'exigence de surveillance peut être générale (indirecte) ou directe.

- **SURVEILLANCE GÉNÉRALE (INDIRECTE)**

Il n'est pas nécessaire que le surveillant\*\* soit à côté du membre diplômé en tout temps, mais il ou elle doit être **disponible pour fournir de l'aide en personne en dix minutes**.

Un thérapeute respiratoire appliquant un appareil CPAP à un nouveau patient alors que le professionnel de la santé surveillant\*\* se trouve à moins de dix minutes pour offrir son aide est un exemple de surveillance générale.

- **SURVEILLANCE DIRECTE**

Le surveillant\*\* **doit être** présent physiquement à tout moment pendant que le membre exécute les actes contrôlés autorisés aux thérapeutes respiratoires.

Un professionnel de la santé surveillant\*\* qui observe physiquement et qui guide le membre dans l'exécution d'un prélèvement pour analyse de gaz artériel est un exemple de surveillance directe.

**\*\*Le surveillant doit être un professionnel de la santé réglementé autorisé et possédant les compétences pour exécuter l'acte contrôlé.** Par exemple, un thérapeute respiratoire, un médecin, un praticien en soins infirmiers peuvent offrir la surveillance de thérapeutes respiratoires qui doivent respecter des MR.

## C. GESTION DES MR

### Responsabilités des membres :

- Les membres doivent aviser leurs employeurs de toutes modalités et restrictions s'appliquant à leur certificat d'inscription
- Les membres doivent toujours s'assurer qu'ils possèdent les connaissances, les compétences, les capacités de jugement et les habiletés exigées pour répondre à tous les aspects des soins aux patients.
- Les membres sont tenus d'agir à l'intérieur de leur champ d'exercice personnel et professionnel et de se conformer aux normes de l'OTRO, ce qui comprend la législation, les règlements, les normes, les énoncés de position, les politiques et les lignes directrices.
- Les membres doivent identifier leurs besoins d'apprentissage et négocier un plan pour répondre à leurs besoins.

### Responsabilités des employeurs

- Les employés doivent s'assurer de pouvoir répondre aux situations où un membre doit respecter différentes MR dans l'exercice de sa profession. Par exemple, s'il faut prévoir un surveillant, il faut un nombre suffisant de professionnels de la santé au sein de l'établissement.
- L'employeur est responsable d'avoir une quantité suffisante de ressources en ce sens. Cela peut comprendre un suivi et une évaluation appropriés.
- Signalement : L'employeur doit effectuer un signalement à l'OTRO dans les situations suivantes :
  - Le thérapeute respiratoire a été congédié pour motif de manquement professionnel, d'incompétence ou d'incapacité.
  - Il semble que le thérapeute respiratoire est incompétent, atteint d'incapacité ou qu'il a infligé de mauvais traitements d'ordre sexuel à un(e) patient(e).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les exigences de signalement, voyez le feuillet d'information sur l'[obligation en matière de signalement des établissements et employeurs](#).

## D. DEMANDE DE CHANGEMENT DE MODALITÉS ET RESTRICTIONS

Les membres de l'OTRO de catégorie générale<sup>1</sup> 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. Par exemple, un membre qui détient un certificat d'inscription de catégorie générale (inscrit avec une condition de surveillance) travaillant dans un établissement de soins à domicile peut demander d'avoir l'autorisation d'administrer des substances par inhalation (acte contrôlé 4) sans surveillance. Une demande de changement des modalités et restrictions doit inclure des pièces justificatives.

Une demande de changement des MR devrait inclure ce qui suit :

- un formulaire de demande rempli (pages 7-9 du présent guide);
- une lettre d'appui de l'employeur ou surveillant (page 10 du présent guide);
- des copies des listes de vérification des compétences signées et datées par les professionnels de la santé réglementés qui ont fourni la surveillance (pages 11-30 du présent guide);
- feuille remplie avec la signature du surveillant (page 31 du présent guide);
- 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.

**REMARQUE :** La consultation de documents, les cours en ligne et autres activités didactiques peuvent faire partie de la demande. Toutefois, en général, elles ne suffisent pas à prouver de manière satisfaisante les compétences cliniques, tout particulièrement en ce qui a trait aux actes contrôlés autorisés aux thérapeutes respiratoires.

Les demandes de changement des modalités et restrictions sont examinées par des sous-comités du Comité d'inscription. Les décisions des sous-comités sont remises par écrit, dans les quatre semaines suivant la date de l'examen.

Après avoir fait l'examen de la demande, le groupe peut :

- Retirer ou modifier les modalités et restrictions imposées au certificat d'inscription;
- Exiger plus d'information du membre;
- Refuser la demande.

---

<sup>1</sup> Les membres inscrits qui ont un certificat d'inscription de membre diplômé ne peuvent pas demander la suppression de leurs MR.

## E. LISTES DE VÉRIFICATION DES COMPÉTENCES

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. Lorsque les membres font la demande, ils doivent fournir des preuves qu'ils possèdent les compétences nécessaires à l'exécution de ces actes contrôlés. Cela peut prendre la forme d'une liste de compétences. Le présent guide fournit des modèles de listes de vérification des compétences (pages 11-30).

Les membres qui font une demande de changement de leurs MR et leur employeur peuvent inclure ces listes dans la documentation qu'ils envoient à l'OTRO. Les listes décrivent les critères de rendement dont il faut faire la preuve pour un certain nombre de procédures, des compétences à démontrer pour exécuter les actes autorisés énumérés. Les membres doivent démontrer qu'ils possèdent les compétences nécessaires à chaque procédure pour lesquelles ils souhaitent modifier ou supprimer des MR. Si un membre ne démontre pas qu'il possède les compétences nécessaires pour une partie ou la totalité des procédures ou des critères de rendement énumérés, le Comité d'inscription peut maintenir les MR à l'inscription du membre ou encore, modifier ou supprimer une partie des MR, mais pas la totalité.

Pour être considérées comme des preuves suffisantes, chaque procédure doit avoir été exécutée sous surveillance au moins cinq (5) fois. Cette liste doit inclure les dates, le milieu et type de patient et la signature des surveillants. Il n'est pas nécessaire que ce soit le même professionnel de la santé qui surveille et qui confirme les compétences d'une fois à l'autre. Toutefois, tous les surveillants qui confirment les compétences liées aux MR doivent :

- Être autorisés à fournir de la surveillance (voir la section D du présent guide);
- Observer le membre pour établir s'il peut exécuter la procédure de manière compétente;
- Inscrire leur nom, leur titre professionnel et leur signature sur la feuille de signature du surveillant, ci-jointe.

Veuillez prendre note que vous pouvez fournir la preuve d'avoir suivi un cours de formation ou d'orientation, un cours de mise à niveau comme document justificatif, en plus de la liste des compétences remplies.

## F. MODÈLES ET ÉCHANTILLONS

- Demande de changement des modalités et restrictions (p. 8 -10)
- Exemple de lettre d'appui d'employeur (p. 11)
- Exemple de liste de vérification des compétences liées aux MR
- Modèle de signature d'évaluateur

## G. RESSOURCES

- [Profil national des compétences en thérapie respiratoire 2016](#)
- [Lignes directrices de pratique professionnelle Interprétation des actes autorisés de l'OTRO](#)
- [Politique Surveillance de l'OTRO](#)

## H. COORDONNÉES

**Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario**

180, rue Dundas Ouest,  
Bureau 2103  
Toronto (Ontario) M5G 1Z8

**Téléphone :** (416) 591-7800

**Sans frais :** (en Ontario) : 1-800-261-0528

**Télécopieur :** (416) 591-7890

**Courriel :** [questions@cрто.on.ca](mailto:questions@cрто.on.ca)

**Site Web :** [www.cрто.on.ca](http://www.cрто.on.ca)



# 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 brosse endobronchique
  - Insertion d'aiguille intraosseuse
  - Placement d'électrode sous-cutanée aux fins de suivi interopératoire et fœtal périnatal

- 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**
- Ultrason diagnostique**

**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 indiquée 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, 2103 -180, Dundas Ouest, Toronto (Ontario) M5G 1Z8  
TÉLÉCOPIEUR : 416-591-7890 Courriel : [registrationservices@crto.on.ca](mailto:registrationservices@crto.on.ca)

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

# EXEMPLE DE LETTRE D'APPUI D'EMPLOYEUR

Les membres qui demandent un changement aux modalités et restrictions imposées à leur certificat d'inscription doivent (s'il y a lieu) fournir une lettre d'appui de leur employeur. Voici un exemple de lettre d'appui d'employeur.

Date

Registraire

OTRO

180, rue Dundas Ouest, Bureau 2103

Toronto (Ontario) M5G 1Z8

Madame, Monsieur,

**Objet : Demande de changement des modalités et restrictions pour NOM**

La présente lettre a pour but d'appuyer la demande de changement des modalités et restrictions sur le certificat d'inscription de NOM. NOM a débuté son emploi à NOTRE HÔPITAL le 1<sup>er</sup> mars 2022. Depuis, NOM a exercé la profession (sous surveillance) à titre de thérapeute respiratoire à temps plein (en moyenne, 40 heures par semaine).

Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 1<sup>er</sup> mai 2022, NOM a suivi un programme d'orientation de huit semaines. Pendant l'orientation, NOM a été observé, à la fois dans un cadre de simulation et un **milieu clinique** (services hospitaliers, soins intensifs, salle d'opération). Vous trouverez en pièce jointe des listes de vérification des compétences et des formulaires de rétroaction de pairs.

De plus, en avril 2022, NOM obtenu ses certifications pour les intubations et les insertions de cathéter artériel.

Pendant son exercice sous surveillance, , NOM a fait preuve d'une attitude professionnelle et de normes élevées.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin de plus amples renseignements, communiquez avec moi à TÉLÉPHONE / COURRIEL.

Veuillez accepter mes salutations les meilleures.

NOM du surveillant, RRT

Coordonnateur clinique et chef de l'exercice professionnel

# MODÈLE DE LISTE DE VÉRIFICATION DES COMPÉTENCES

NOM DU MEMBRE :		
ÉTABLISSEMENT / LIEU		
<b>ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (de base)</b>		
<b>PROCÉDURE : Ponction artériel</b>		
<b>Critère de rendement</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Évaluation des contre-indications relatives à la procédure</li><li>• Préparation de l'équipement nécessaire</li><li>• Utilisation d'équipement de protection individuelle</li><li>• Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure</li><li>• Test de Allen modifié</li><li>• Ponction artérielle au moyen de la bonne technique</li><li>• Procédure de documentation</li></ul>		
<b>JOURNAL D'ACTIVITÉ</b>		
DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<input type="checkbox"/> Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures		
Signature de l'évaluateur : _____		
<b>COMMENTAIRES</b>		

NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (de base)**

**PROCÉDURE : Ponction veineuse**

**Critère de rendement**

- Évaluation des contre-indications relatives à la procédure
- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Ponction veineuse au moyen de la bonne technique
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (de base)**

**PROCÉDURE : Ponction capillaire**

**Critère de rendement**

- Évaluation des contre-indications relatives à la procédure
- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Ponction veineuse au moyen de la bonne technique
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (de base)**

**PROCÉDURE : Insertion, suture, aspiration, repositionnement, manipulation et retrait d'une canule artérielle**

**Critère de rendement**

- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Insertion, suture, aspiration, repositionnement, manipulation et retrait d'une canule artérielle au moyen d'une technique appropriée
- Procédure de documentation

Veillez indiquer quelle procédure de canule artérielle a été effectuée :

(ex., cathéter artériel)

### JOURNAL D'ACTIVITÉ

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (de base)**

**PROCÉDURE : Insertion, suture, aspiration, repositionnement, manipulation et retrait d'une canule veineuse**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Insertion, suture, aspiration, repositionnement, manipulation et retrait d'une canule veineuse au moyen d'une technique appropriée
- Procédure de documentation

Veillez indiquer quelle procédure de canule veineuse a été effectuée :

(ex., canulation de veine jugulaire interne, intraveineuse périphérique)

### JOURNAL D'ACTIVITÉ

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (avancée)**

**PROCÉDURE : Manipulation ou repositionnement d'une canule à ballonnet**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Effectuer la procédure conformément à la certification approuvée
- Procédure de documentation

Veillez indiquer quelle procédure a été effectuée :

(ex., pression pulmonaire capillaire, usage de la pompe à ballonnet intra aortique (PBIA))

### JOURNAL D'ACTIVITÉ

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

La certification approuvée par l'OTRO a été effectuée.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES

NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (avancée)**

**PROCÉDURE : Insertion, aspiration, repositionnement et retrait d'une aiguille thoracique**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Effectuer la procédure conformément à la certification approuvée
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

La certification approuvée par l'OTRO a été effectuée.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (avancée)**

**PROCÉDURE : Prélèvement d'échantillon de tissu bronchoscopique aux fins de lavage broncho-alvéolaire et de brossage endobronchique**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Effectuer la procédure conformément à la certification approuvée
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

La certification approuvée par l'OTRO a été effectuée.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :  
ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (avancée)**

**PROCÉDURE : Insertion d'aiguille intraosseuse**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Effectuer la procédure conformément à la certification approuvée
- Procédure de documentation

### JOURNAL D'ACTIVITÉ

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

La certification approuvée par l'OTRO a été effectuée.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Exécution d'une procédure prescrite sous le derme (avancée)**

**PROCÉDURE : Placement d'électrode sous-cutanée aux fins de suivi intra-opératoire et fœtal périnatal**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Effectuer la procédure conformément à la certification approuvée
- Procédure de documentation

### JOURNAL D'ACTIVITÉ

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

La certification approuvée par l'OTRO a été effectuée.

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

### COMMENTAIRES

NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

## **ACTE AUTORISÉ : Intubation au-delà du point de rétrécissement normal des fosses nasales ou au-delà du larynx**

Exemples : Insertion de tube trachéal, insertion de masque laryngé

### **Critère de rendement**

- Sélectionner et confirmer la fonction de l'équipement d'intubation
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique
- Procédure de documentation

Exemples : Insertion de tube trachéal, insertion de masque laryngé.

## **JOURNAL D'ACTIVITÉ**

<b>DATE</b>	<b>Environnement / Population de patient</b>	<b>Signature et titre de l'évaluateur</b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

## **COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

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

**Critère de rendement**

- Sélectionner, assembler et vérifier la fonction d'équipement, dont la sélection de la bonne taille de cathéter et le niveau approprié d'aspiration
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique
- Procédure de documentation

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :  
ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Administrer une substance par injection ou inhalation**

**PROCÉDURE : Administration de médicaments par inhalation**

**Critère de rendement**

- Évaluation du besoin de médicament
- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique et suivi de la réponse du patient
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :  
ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Administrer une substance par injection ou inhalation**

**PROCÉDURE : Administration de gaz d'anesthésie et (ou) spécialisé**

**Critère de rendement**

- Évaluation du besoin de médicament
- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique et suivi de la réponse du patient
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :  
ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Administrer une substance par injection ou inhalation**

**PROCÉDURE : Ventilation mécanique invasive**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Initiation et gestion de ventilation invasive
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :  
ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Administrer une substance par injection ou inhalation**

**PROCÉDURE : Ventilation mécanique non invasive**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Initiation et gestion de ventilation non invasive
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :  
ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Administrer une substance par injection ou inhalation**

**PROCÉDURE : Injections intravasculaires, intramusculaires, intradermiques et/ou sous-cutanées**

**Critère de rendement**

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique et suivi de la réponse du patient
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE AUTORISÉ : Administration d'oxygène thérapeutique par inhalation**

**Critère de rendement**

- Évaluation du besoin d'oxygène
- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique et suivi de la réponse du patient
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE CONTRÔLÉ : Changement de tube de trachéotomie (stomate de plus de 24 heures)**

**Critère de rendement**

- Expliquer la procédure au patient.
- Sélectionner et utiliser l'équipement approprié à la situation clinique
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique et suivi de la réponse du patient
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**


NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

**ACTE CONTRÔLÉ : Changement de tube de trachéotomie (stomate de moins de 24 heures)**

**Critère de rendement**

- Expliquer la procédure au patient.
- Sélectionner et utiliser l'équipement approprié à la situation clinique
- Exécution de la procédure au moyen de la bonne technique et suivi de la réponse du patient
- Procédure de documentation

**JOURNAL D'ACTIVITÉ**

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures

Signature de l'évaluateur : \_\_\_\_\_

**COMMENTAIRES**




NOM DU MEMBRE :

ÉTABLISSEMENT / LIEU

### ACTE AUTORISÉ : Ultrasons diagnostics

### PROCÉDURE : Ultrasons diagnostiques comme guide d'intervention

#### Critère de rendement

- Préparation de l'équipement nécessaire
- Utilisation d'équipement de protection individuelle
- Utilisation des procédures de prévention et de lutte contre les infections tout au long de la procédure
- Application correcte de transducteur sur le lieu visé
- Réglage approprié des touches de fonction
- Procédure de documentation

### JOURNAL D'ACTIVITÉ

DATE	Environnement / Population de patient	Signature et titre de l'évaluateur
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Examen de tous les documents d'apprentissage, politiques et procédures.

Signature de  
l'évaluateur :

### COMMENTAIRES
