

TECHNOLOGIE DE RADIOLOGIE DIAGNOSTIQUE

Évaluation des compétences cliniques

Technologues en radiation médicale formés à l'étranger

Le tableau suivant servira à évaluer les compétences cliniques dans l'exercice de la technologie de radiologie diagnostique. Les procédures doivent avoir été exécutées de façon indépendante, dans des milieux diversifiés, en temps opportun, et résulter en images diagnostiques. Le candidat doit avoir occupé un emploi en technologie de la radiologie diagnostique au cours des cinq dernières années.

Pour remplir le formulaire :

- pour chaque procédure, indiquer la date de l'exécution la plus récente
- chaque procédure / processus exécuté doit être vérifié et signé par le superviseur clinique;
- signer et dater le formulaire;
- faire signer et dater le formulaire par le superviseur clinique;
- advenant le cas où une procédure n'aurait pas été exécutée, veuillez cocher la colonne N/A (non applicable)

| PROCÉDURES | N/A | Date de l'exécution la plus récente (MM/AA) |
|--|-----|---|
| 1. Imagerie du système squelettique | | |
| Membres supérieurs | | |
| Ceinture scapulaire | | |
| Membres inférieurs | | |
| Ceinture pelvienne | | |
| Colonne vertébrale | | |
| Cage thoracique /sternum | | |
| Crâne | | |
| Massif facial | | |
| Sinus | | |
| 2. Imagerie traumatique | | |
| 3. Imagerie du système digestif | | |
| Abdomen/série abdominale | | |
| Imagerie du système digestif supérieur (Esophage, estomac) | | |
| Imagerie du système digestif inférieur (Intestin grêle, colon) | | |
| 4. Imagerie du système respiratoire | | |
| Tissus mous du cou | | |
| Poumons | | |
| 5. Tomodensitométrie | | |
| Tête (avec et sans contraste) | | |
| Thorax (avec et sans contraste) | | |
| Abdomen (avec et sans contraste) | | |
| Extrémités | | |
| Colonne vertébrale (avec et sans contraste) | | |
| 6. Mobile | | |
| Radiographie | | |
| Radioscopie | | |
| 7. Procédures chirurgicales (bloc opératoire) | | |
| 8. Imagerie du système cardiovasculaire | | |
| Angiographie | | |
| Veinographie | | |
| 9. Procédures interventionnelles | | |
| 10. Ostéodensitométrie | | |

| PROCEDURES | N/A | Date last performed (MM/YY) |
|--|-----|-----------------------------|
| 11. Imagerie pédiatrique | | |
| 12. Imagerie du système reproducteur | | |
| Mammographie | | |
| Hystérosalpingographie | | |
| 13. Soin du patient | | |
| Insertion d'une canule rectale | | |
| Préparer un produit de contraste | | |
| Effectuer une ponction veineuse | | |
| Administer un produit de contraste | | |
| Prendre et évaluer les signes vitaux | | |
| Documenter les soins délivrés au patient (avant, pendant et après la procédure) | | |
| Pratiquer le contrôle des infections et les techniques d'isolement | | |
| 14. Tâches reliées à l'imagerie | | |
| Évaluer la qualité diagnostique | | |
| Optimiser l'image numérique | | |
| Utiliser le système PACS (Picture Archiving Communication System) | | |
| Expérimenter les modalités d'acquisition d'images | | |
| CR/DR | | |
| 15. Contrôle de qualité de l'équipement | | |

Validation du candidat :

Par la présente, je certifie que les informations ci-dessus sont, à ma connaissance, vraies et exactes.

Signature du candidat

Date de la signature

Nom en lettres moulées

Validation du superviseur clinique :

Je certifie par la présente que le candidat a exécuté convenablement toutes les procédures indiquées. Je reconnais que ces renseignements seront utilisés par (*l'ACTRM ou l'organisme de réglementation*) dans l'évaluation de l'exercice de la radiologie diagnostique par le candidat.

Signature du superviseur

Date de la signature

Nom en lettres moulées

Nom de l'établissement

Téléphone

Timbre ou sceau officiel de l'établissement d'emploi; si non disponible, joindre la carte d'affaires du superviseur ici.