

**Objet du formulaire** : L'Association canadienne des technologues en radiation médicale (ACTRM) administre l'examen d'agrément national aux candidats qui souhaitent exercer au Canada à titre de technologue en radiation médicale (TRM). Le présent formulaire est destiné aux candidats qui ont l'intention de passer l'examen d'agrément de l'ACTRM et qui croient avoir besoin de mesures d'adaptation pour réussir l'examen au mieux de leurs capacités. Les candidats sont tenus de présenter des documents à l'appui de leur handicap et des mesures d'adaptation nécessaires pour atténuer l'incidence de ce handicap sur l'examen.

**Instructions pour la soumission** : Le candidat ou la candidate doit remplir les sections I et II avant son rendez-vous avec un professionnel de la santé. La section III est réservée à l'usage du professionnel de la santé en ce qui concerne la personne identifiée dans les sections I et II.

**Professionnel de la santé** : Veuillez envoyer le formulaire rempli à [certification@camrt.ca](mailto:certification@camrt.ca) et fournir une copie au candidat pour ses dossiers.

SECTION I : AUTORISATION		À remplir par le(la) candidat(e)	
<p>J'autorise par la présente le professionnel de la santé nommé ci-dessous à divulguer les renseignements pertinents sur ma santé. Les renseignements partagés sont pertinents à l'état de santé lié à la demande de mesures d'adaptation pour l'examen de l'ACTRM. Il ne s'agit pas d'une demande de dossier médical complet. Cette autorisation est volontaire et peut être révoquée à tout moment avant l'examen. Ces renseignements seront conservés et examinés par l'ACTRM dans le cadre de cette demande d'accommodement.</p> <p>Je comprends que si je ne signe pas cette autorisation, je risque de ne pas pouvoir bénéficier de mesures d'adaptation pour l'examen, car l'ACTRM exige des renseignements médicaux à l'appui de la demande présentée. Je comprends que chaque demande d'accommodement est examinée individuellement et que les mesures d'adaptation ne sont pas garanties.</p>			
Nom	Date	Signature	

SECTION II: RENSEIGNEMENTS PERSONNELS		À remplir par le(la) candidat(e)	
Nom complet		Date de naissance	
Adresse postale			
Ville	Province	Code postal	Pays
Courriel		Téléphone	

**SECTION III: RENSEIGNEMENTS SUR LE(LA) PATIENT(E)**

**À remplir par le professionnel de la santé**

La personne dont le nom figure ci-dessus a demandé des mesures d'adaptation pour l'examen d'agrément de l'Association canadienne des technologues en radiation médicale. Les demandes d'accommodement doivent être accompagnées d'une documentation médicale concernant l'impact de la condition sur la réussite de **l'examen informatisé de 4 heures avec questions à choix multiples**.

Depuis combien de temps connaissez-vous cette personne en tant que professionnel de la santé?

\_\_\_\_\_

Je confirme que la personne a reçu un diagnostic de handicap.  Oui  Non

**Remarque :** le handicap doit être constaté par un professionnel de la santé qualifié pour poser un tel diagnostic. L'« anxiété liée aux examens » n'est généralement pas considérée comme un handicap, à moins qu'elle ne soit le résultat d'un trouble psychiatrique sous-jacent.

Veuillez décrire comment le handicap affecte la capacité de la personne à passer l'examen de l'ACTRM dans les conditions d'examen standard mentionnées ci-dessus (les limitations fonctionnelles de la personne doivent être claires afin d'effectuer une évaluation appropriée) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veuillez préciser les recommandations sur les mesures d'adaptation requises pour l'examen en fonction du handicap décrit de la personne (par exemple : temps prolongé, environnement sans distraction) et expliquer comment les mesures d'adaptation demandées atténueront l'impact du handicap sur la réussite de l'examen :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom/titre professionnel : \_\_\_\_\_

No de permis/d'enregistrement : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_