

FORMULAIRE DE RÉTROACTION DU MENTORAT

Permis « restrictif temporaire »

La présente a pour but de permettre une rétroaction du superviseur (mentor) à l'Ordre sur la pratique d'un titulaire d'un permis « restrictif temporaire », au cours de l'exercice de la physiothérapie, afin de s'assurer du respect de la protection du public.

Nous vous invitons à remplir le formulaire et **nous le faire parvenir à la fin de la période de mentorat.**

| | |
|--|--------------------------------|
| Nom du titulaire du permis restrictif temporaire : | |
| Numéro de membre OPPQ : | |
| Adresse : | |
| | |
| Téléphone : | |
| Milieu clinique du mentorat : | |
| Date du mentorat : | Début : |
| | Fin : |
| | Fréquence ex.: 5 x / semaine : |

| | |
|---|--|
| Initiales du mentor (obligatoire) | |
|---|--|

1. Adhérence au code d'éthique :

Le titulaire est-il en mesure de reconnaître et de discuter des implications concernant l'impact du code d'éthique sur sa pratique ?

2. Consentement au traitement :

Le titulaire est-il en mesure de reconnaître et de discuter des implications concernant sa demande de consentement de service sur sa pratique ?

3. Respect de la confidentialité :

Le titulaire connaît-il et il respecte la confidentialité lors de sa pratique ?

4. Conduite professionnelle et sécuritaire :

Le titulaire maintient-il une bonne conduite professionnelle et s'assure de la sécurité des clients lors de sa pratique, notamment en tenant compte des précautions et contre-indications aux traitements ?

| | |
|---|--|
| Initiales du mentor (obligatoire) | |
|---|--|

5. Pratique professionnelle

Le titulaire applique-t-il un processus analytique continuel lui permettant de bien identifier la lésion pour laquelle le client consulte. Il maîtrise les connaissances de base en physiothérapie, et applique des techniques de traitement suite à un ensemble d'évaluation s'assurant de la sécurité du client ?

Autres commentaires :

Nom du titulaire de permis restrictif temporaire :

Signature :

Numéro de membre OPPQ :

Nom du superviseur (mentor)

Signature :

Numéro de membre OPPQ :

Date :

Signature du représentant de l'OPPQ :

Titre :

Date :

Veillez nous retourner le document au complet. Merci!