*\* Afin d’alléger le présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.*

Nom du demandeur d’adhésion au CCPM :

Nombre d’années depuis que vous connaissez le demandeur :

Nom et organisation du répondant :

Certification du répondant et nombre d’années d’expérience à titre de physicien médical au sein de l’organisation :

Taille du groupe de comparaison :

Veuillez fournir votre évaluation du demandeur en ce qui a trait aux aspects suivants :

1. Attitudes professionnelles et aptitudes à communiquer :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Insatisfaisant | Adéquat | Bon | Très bon | Exceptionnel |
| Habiletés en communications interpersonnelles | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Initiative | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Sens des responsabilités | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Adaptabilité | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Habiletés d’expression verbale et écrite | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

1. Expérience de la physique médicale dans la sur-spécialité de l’imagerie diagnostique que vous êtes en mesure d’évaluer directement : (Le Comité de vérification des diplômes et attestations ne s’attend pas à ce que les demandeurs d’adhésion aient de l’expérience appréciable dans tous les domaines.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas en mesure d’évaluer | Peu ou pas de connaissances ou d’expérience | Connaissances, mais expérience limitée | Capable d’accomplir les tâches avec une supervision minimale | Très compétent : capable de travailler en autonomie |
| Calculs de dosimétrie de base | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Capacité de procéder à des essais de contrôle de la qualité des appareils conformément à un protocole publié (c.-à-d. Code de sécurité 35) | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Capacité de discuter de facteurs de qualité d'image liés à l'optimisation des doses administrées des études cliniques  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Capacité de fournir des conseils en matière de radioprotection | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Connaissance de la sélection et de l’évaluation des appareils | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Conception d’un programme d’assurance de la qualité pour un nouvel appareil de la clinique | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| Discussion de questions professionnelles délicates avec le personnel, le public ou les médias | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

L’évaluation de l’expérience clinique du candidat est particulièrement importante. Veuillez évaluer la demande du candidat comme suit :

Je suis d’accord concernant l’expérience de travail indiquée dans les Sections 2.4, 3(A) ET 3(B):
 Oui [ ]  Non [ ]  Pas en mesure d’évaluer [ ]

Je crois que l’expérience de travail indiquée est pertinente en fonction des critères énoncés à la Section D.2 des Règlements du CCPM :

Oui [ ]  Non [ ]  Pas en mesure d’évaluer [ ]

L’évaluation de ce qui précède doit tenir compte des lignes directrices suivantes :

* Le temps consacré à l’obtention d’un diplôme d’études supérieures n’est pas considéré comme de l’expérience pertinente;
* L’expérience dans la spécialité doit être exhaustive;
* La formation en résidence dans un centre reconnu est considérée comme de l’expérience pertinente;
* Un poste d’associé de recherche ne fournirait pas en général d’expérience exhaustive et donc pertinente;
* Le cas échéant, l’expérience de travail auprès des patients pourrait inclure le travail auprès des personnes en bonne santé.
1. Évaluation du candidat

Dans l’espace fourni ou sur une feuille distincte et signée de papier à correspondance officielle de votre organisation, veuillez commenter les points suivants en ce qui a trait au demandeur :

* Votre confiance envers les décisions cliniques prises par le candidat.
* Vos commentaires généraux sur les forces et les faiblesses du demandeur à titre de physicien médical clinique compétent.
* La pertinence de son adhésion au CCPM.
* Votre examen de sa demande et vos observations sur les renseignements fournis.

|  |
| --- |
|  |

Je recommande le demandeur d’adhésion au CCPM (cochez une case)

Oui [ ]  Non [ ]  Pas en mesure d’évaluer [ ]

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature du répondant :

Envoyez ce formulaire, en format PDF, à : info@ccpm.ca