*\* 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 la radio-oncologie 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. TG-140) |  |  |  |  |  |
| Capacité d’étalonner des dispositifs émettant des radiations conformément à un protocole publié (c.-à-d. TG-51) |  |  |  |  |  |
| Capacité d’évaluer la qualité des plans de traitement |  |  |  |  |  |
| 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.

3. 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](mailto:info@ccpm.ca)