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

**Note : Ne remplissez ce formulaire que si vous n'êtes PAS physicien médical.**

Nom du demandeur d’adhésion au CCPM :

Nom et rôle de la personne de référence :

Institution de la personne de référence :

Nombre d'années depuis lesquelles vous connaissez le demandeur :

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 | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

2. Expérience clinique avec le candidat

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Pas en mesure d’évaluer | Démontre un manque de connaissances ou d’expérience, ou les deux | Démontre un certain niveau de connaissances ou d’expérience, ou les deux | Démontre un bon niveau de connaissances ou d’expérience, ou les deux |
| Interaction avec le candidat | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Discussion de questions liées au patient (positionnement du patient , distribution de dose, qualité d’image, etc.) | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Discussion de projet de recherche clinique ou de participation à un tel projet | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Connaissance de la sélection et de l’évaluation des appareils | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

3. Évaluation du candidat

Dans l’espace fourni ou sur une feuille distincte, veuillez commenter les points suivants en ce qui a trait au demandeur :

* + Votre confiance envers les conseils liés à la physique clinique reçus du candidat.
  + Vos commentaires généraux sur les forces et les faiblesses du demandeur à titre de physicien médical clinique.

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