

Inscription au registre des opérateurs échographistes reconnus par le Programme pour la mesure de la clarté nucale

Nom		Prénom	
Médecin <input type="checkbox"/> Spécialité : obstétrique <input type="checkbox"/> radiologie <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Spécifier : _____ Technologue <input type="checkbox"/> Technologue autonome reconnu par l'OTIMRO pour la clarté nucale <input type="checkbox"/> Numéro d'ordre professionnel : _____			
Établissement où est réalisée la mesure de la clarté nucale			
Établissement-1		Établissement-2	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Ind. rég.	N° de téléphone	Poste	
Adresse courriel			
Certification de la <i>Fetal Medicine Foundation</i> pour la mesure de la clarté nucale (joindre une copie du certificat)			
Numéro de certification (FMF ID)		Date d'échéance de la certification :	Année Mois Jour
Consentement de l'opérateur échographiste			
<p><i>En m'inscrivant au registre des opérateurs échographistes reconnus par le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 (PQDPT21) pour la mesure de clarté nucale, j'autorise le sous-comité « échographie et clarté nucale » à recevoir les informations nécessaires pour l'évaluation de la performance des mesures de clarté nucale que je transmets au Programme.</i></p>			
Signature : X _____		Date : _____	
		Année	Mois Jour
<p><i>J'autorise aussi le PQDPT21 à ce que mon nom et celui de l'établissement où est réalisée la mesure de clarté nucale soient rendus publics (ex. : site Internet) pour accueillir une clientèle supplémentaire.</i></p>			
Non <input type="checkbox"/>		Oui <input type="checkbox"/> Si oui, rendre publiques les coordonnées pour : Établissement-1 <input type="checkbox"/>	
		Établissement-2 <input type="checkbox"/>	
Section réservée au PQDPT21		Numéro d'échographiste PQDPT21 :	