College of Physiotherapists of New Brunswick | Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick

PORTFOLIO PROFESSIONNEL DE: _____ no_____

Nom du pht en lettres moulées et matricule au CPTNB

Veuillez remplir cette liste de contrôle et l'inclure avec votre portfolio. Inscrivez le numéro correspondant sur chaque document.
Veuillez consulter le document de référence pour plus de détails sur chaque section.
Les portfolios incomplets seront retournés à l'expéditeur pour compléter les éléments manquants.

Portfolio 2026	**OUI** ✓	**NON** ✓	**Commentaires (facultatifs)**
I. Preuve des exigences minimales sous forme de :			
1. Curriculum vitae (CV) à jour		S/O	
2. Descriptions de l'emploi et/ou du cadre de pratique		S/O	
3. Évaluations du rendement et lettres de références		S/O	
4. Copies **actuellement** en vigueur (2024/25)			
i. Permis du CPTNB		S/O	
ii. Assurance responsabilité professionelle		S/O	
5. Titres/Preuve de :			
i. Diplôme(s) en physiothérapie		S/O	
ii. Autre éducation formelle (p. ex. ECP)		S/O	
6. Preuve de qualifications pour inscription aux sous-registres **approuvée** par le CPTNB, s'il y a lieu :			
i. Acupuncture-aiguilles sèches			
ii. Certifications de spécialiste	S/O	S/O	ACTUELLEMENT NON DISPONIBLE
Cocher OUI seulement si les éléments 7 à 10 sont datés entre 2020 et 2025; autrement, cocher NON.			
7. Un **dossier ou registre** de développement professionnel ou formation continue pertinent(e) :			
i. Cours/ateliers			
ii. Présentations/sondages élaborés ou complétés			
iii. Lecture ou recherche de physiothérapie			
iv. Formations en cours d'emploi ou avec un physiothérapeute, comité de santé ou projets			
v. Évaluation de la vérification de dossier			
8. **Documentation** (p. ex. certificats) indiquant la participation/contribution à :			
i. Cours/ateliers			
ii. Présentations/Sondages			
iii. Supervision/surveillance des autres			
iv. Rôle réglementaire/association			
II. Sections 9 et 10 sont obligatoires ! Preuve d'éléments plus avancés tel que :			
9. Plan d'apprentissage ou buts/besoins		S/O	
10. Éléments de réflexion personelle			
i. Autoévaluation de la pratique		S/O	
ii. Réflexion sur les soins au patient		S/O	
iii. Réflexion sur un incident important		S/O	

Signature: _____ **Date:**_____

mois/date/année