

PORTFOLIO PROFESSIONNEL DE: _____ no _____

Nom du pht en lettres moulées et matricule au CPTNB

**Completez et inclure cette liste de contrôle avec votre portfolio
et aussi écrire le # qui correspond sur vos documents.**

Portfolio 2025	OUI ✓	NON ✓	Commentaires (facultatifs)
I. Preuve des exigences minimales sous forme de :			
1. Curriculum vitae (CV) à jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Descriptions de l'emploi et/ou du cadre de pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Évaluations du rendement et lettres de références	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Copies actuellement en vigueur (2024/25)			
i. Permis du CPTNB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Assurance responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Titres/Preuve de :			
i. Diplôme(s) en physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Autre éducation formelle (p. ex. ECP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Preuve de qualifications pour inscription aux sous-registres approuvée par le CPTNB, s'il y a lieu :			
i. Acupuncture-aiguilles sèches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Certifications de spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cocher OUI seulement si les éléments 7 à 10 sont datés entre 2019 et 2024; autrement, cocher NON.			
7. Un dossier ou registre de développement professionnel ou formation continue <u>pertinent(e)</u> :			
i. Cours/ateliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Présentations/sondages élaborés ou complétés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iii. Lecture ou recherche de physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iv. Formations en cours d'emploi ou avec un physiothérapeute, comité de santé ou projets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
v. Évaluation de la vérification de dossier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Documentation (p. ex. certificats) indiquant la participation/contribution à :			
i. Cours/ateliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Présentations/Sondages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iii. Supervision/surveillance de pht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iv. Rôle réglementaire/association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
II. Preuve d'éléments plus avancés tel que :			
9. Plan d'apprentissage ou buts/besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Éléments de réflexion personnelle			
i. Autoévaluation de la pratique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Réflexion sur les soins au patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
iii. Réflexion sur un(des) incident(s) critique(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Signature: _____ Date: _____

mois/date/année