

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.**

<b>Portfolio 2024</b>	<b>OUI</b> ✓	<b>NON</b> ✓	<b>Commentaires</b> (facultatifs)
<b>I. Preuve des exigences minimales sous forme de :</b>			
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"/>	
<b>4. Copies <b>actuellement</b> en vigueur (2024/25)</b>			
i. Permis du CPTNB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Assurance responsabilité professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>5. Titres/Preuve de :</b>			
i. Diplôme(s) en physiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Autre éducation formelle (p. ex. ECP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>6. Preuve de qualifications pour inscription aux sous-registres <b>approuvée</b> par le CPTNB, s'il y a lieu :</b>			
i. Acupuncture-aiguilles sèches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii. Certifications de spécialiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Cocher OUI seulement si les éléments 7 à 10 sont datés entre 2019 et 2024; autrement, cocher NON.</b>			
<b>7. Un <b>dossier ou registre</b> de développement professionnel ou formation continue <u>pertinent(e)</u> :</b>			
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"/>	
<b>8. <b>Documentation (p. ex. certificats)</b> indiquant la participation/contribution à :</b>			
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"/>	
<b>II. Preuve d'éléments plus avancés tel que :</b>			
9. Plan d'apprentissage ou buts/besoins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>10. Éléments de réflexion personnelle</b>			
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*