

PORTFOLIO PROFESSIONNEL DE: _____ no _____

Nom du pht en lettres moulées et matricule au CPTNB

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

| Portfolio 2024 | OUI ✓ | NON ✓ | Commentaires (facultatifs) |
|---|-----------------|-----------------|--------------------------------------|
| I. Preuve des exigences minimales sous forme de : | | | |
| 1. Curriculum vitae (CV) à jour | | | |
| 2. Descriptions de l'emploi et/ou du cadre de pratique | | | |
| 3. Évaluations du rendement et références | | | |
| 4. Copies actuellement en vigueur (2024/25) | | | |
| i. Permis du CPTNB | | | |
| ii. Assurance responsabilité professionnelle | | | |
| 5. Titres/Preuve de : | | | |
| i. Diplôme(s) en physiothérapie | | | |
| ii. Autre éducation formelle (p. ex. ECP) | | | |
| 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 | | | |
| Cocher OUI seulement si les éléments 7 à 10 sont datés entre 2019 et 2024; autrement, cocher s/o. | | | |
| 7. Un dossier ou registre de développement professionnel ou formation continue <u>pertinent(e)</u> : | | | |
| 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 de pht | | | |
| iv. Rôle réglementaire/association | | | |
| II. Preuve d'éléments plus avancés (tous <u>obligatoires</u>, sauf éventuellement 10. iii) : | | | |
| 9. Plan d'apprentissage ou buts/besoins | | | |
| 10. Éléments de réflexion personnelle | | | |
| i. Autoévaluation de la pratique | | | |
| ii. Réflexion sur les soins au patient | | | |
| iii. Réflexion sur des incidents critiques | | | |

Signature: _____ Date: _____

mois/date/année