



Liste de participants aux cours du programme de réanimation néonatale canadien, 8^e édition

Veillez utiliser une liste distincte pour chaque cours et en conserver une copie papier ou en format PDF pendant trois ans.

Veillez soumettre la liste en ligne à la base de données dans la semaine suivant le cours. Une fois que vous l'avez soumis, nous enverrons un courriel aux nouveaux participants avec des instructions pour récupérer leur carte du PRN—les participants qui renouvellent peuvent accéder à leur compte existant.

<https://www.cps.ca/fr/nrp-prn/base-de-donnees>

Renseignements au sujet du cours

Date du cours : _____

Type de cours (cochez une seule réponse) : Dispensateur Nouvel évaluateur Perfectionnement de l'évaluateur Formateur des évaluateurs

Leçons offertes : 1- 11

Évaluation de performance individuelle (ÉPI) : De base Avancé

Lieu du cours : _____

Renseignements au sujet de l'évaluateur principal

N° d'identité de l'évaluateur principal du PRN : _____

Nom : _____

Courriel : _____

Renseignements au sujet de l'évaluateur adjoint *(recevra le même crédit que l'évaluateur principal)*

Nom de l'évaluateur	N° d'identité	Établissement	Courriel

Remarque : Utilisez une autre feuille si vous avez besoin d'espace supplémentaire.

J'atteste que les personnes énumérées sur la liste ont réussi les examens

Signature de l'évaluateur principal : _____

nationaux cognitifs et de rendement du Programme de réanimation néonatale, conformément aux normes de la Société canadienne de pédiatrie,
de l'*American Academy of Pediatrics* et de l'*American Heart Association*.

Date : _____

La Société canadienne de pédiatrie, 100- 2305 saint-Laurent Boul Ottawa Ontario K1G 4J8/ courriel: nrp@cps.ca

Liste des participants au cours du PRN (Page _____ de _____) Date de fin du cours : _____ Nom du principal évaluateur : _____



N°	Nom du participant <i>Tel qu'il doit figurer sur la carte du PRN</i>	Titre de compétence*	Établissement	Courriel <i>Doit être unique à la personne</i>	Vérification de la réussite de l'examen	ÉPI
1		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
2		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
3		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
4		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
5		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
6		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
7		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
8		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
9		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé
10		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IAA <input type="checkbox"/> IT <input type="checkbox"/> Autre _____			<input type="checkbox"/> Examen réussi	<input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Avancé

Veuillez soumettre les listes de participants en ligne à <https://www.cps.ca/fr/nrp-prn/base-de-donnees>

**Remarque : MD : médecin; IA : infirmière autorisée; IT : inhalothérapeute; SFA : sage-femme autorisée; IAA : infirmière auxiliaire autorisée*

La Société canadienne de pédiatrie, 100- 2305 saint-Laurent Boul Ottawa Ontario K1G 4J8/ courriel: nrp@cps.ca