

**Inscription au registre des opérateurs échographistes reconnus
par le Programme québécois de dépistage prénatal pour la mesure
de la clarté nucale**

Veillez transmettre le formulaire rempli à l'adresse courriel suivante : pqdp@msss.gouv.qc.ca.

Nom		Prénom	
Médecin	Spécialité : obstétrique radiologie autre		Spécifier : _____
Technologue	Technologue autonome pour la clarté nucale reconnu par l'Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ)		
Numéro d'ordre professionnel : _____			
Établissement où est réalisée la mesure de la clarté nucale			
Établissement 1		Établissement 2	
Nom		Nom	
Adresse		Adresse	
Ind. rég.	N° de téléphone	Poste	
Adresse courriel			
Certification de la <i>Fetal Medicine Foundation</i> pour la mesure de la clarté nucale (joindre une copie du certificat)			
Numéro de certification (<i>FMF ID</i>)		Date d'échéance de la certification	Année Mois Jour
Consentement de l'opérateur échographiste			
<i>En m'inscrivant au registre des opérateurs échographistes reconnus par le Programme québécois de dépistage prénatal (PQDP) pour la mesure de clarté nucale, j'autorise le sous-comité « échographie et clarté nucale » à recevoir les informations nécessaires pour l'évaluation de la performance des mesures de clarté nucale que je transmets au Programme.</i>			
Signature : X _____		Date : _____	
		Année	Mois Jour
		_____	_____
<i>J'autorise aussi le PQDP à ce que mon nom et celui de l'établissement où est réalisée la mesure de clarté nucale soient rendus publics (ex. : site Internet) pour accueillir une clientèle supplémentaire.</i>			
Oui		Non	