

## Rapport annuel sur l'état du programme de thérapie respiratoire À présenter le 1<sup>er</sup> mars de chaque année

### PARTIE I. DIRECTION DU PROGRAMME

<b>Nom de l'établissement d'enseignement</b>		Aucune modification depuis le dernier rapport (cocher)
<b>Site Web</b>		
<b>Directeur/coordonateur du programme</b>		
Téléphone		
Courriel		
<b>Administrateur principal</b>		
Téléphone		
Courriel		
<b>Personne-ressource pour l'agrément</b> (si autre que ci-dessus)		

### PARTIE 2. EMPLACEMENTS DE SOINS DU PROGRAMME

<i>Liste des emplacements de soins du dernier rapport</i>

Aucune modification depuis le dernier rapport

Nouveaux emplacements de soins :

Joindre au rapport annuel les copies des ententes signées avec les nouveaux emplacements de soins

### PARTIE 3. DONNÉES SUR LES ÉTUDIANTS au 30 septembre

#### a) NOMBRE D'ÉTUDIANTS

Classe de :	Contingent de la 1 <sup>re</sup> année	Attrition de la 1 <sup>re</sup> année	Contingent de la 2 <sup>e</sup> année	Attrition de la 2 <sup>e</sup> année	Contingent de la 3 <sup>e</sup> année	Attrition de la 3 <sup>e</sup> année	Diplômés
2010							
2011							
2012							
2013							

Motifs de l'attrition :

Année	Nombre d'étudiants	Motif de l'attrition
1		
2		
3		

#### b) Examen national d'agrément de la SCTR (CCSR)

	2009	2010	2011
Nombre d'étudiants ayant subi l'examen			
Nombre d'étudiants ayant réussi l'examen (premier essai seulement)			

#### c) Résultats de l'examen utilisé par un organisme de réglementation provincial à des fins d'agrément (s'il y a lieu)

<i>Indiquer le titre de l'examen :</i>	2009	2010	2011
Nombre d'étudiants ayant subi l'examen			
Nombre d'étudiants ayant réussi l'examen (premier essai seulement)			

sans objet

## **PARTIE 4. APERÇU DU PROGRAMME ET MODIFICATIONS**

### **Élément administratif**

Des modifications ont-elles été apportées à la structure administrative du programme de thérapie respiratoire au cours des 12 derniers mois? Si oui, veuillez préciser ci-dessous.

\_\_\_\_\_

Oui

\_\_\_\_\_

Non

### **Élément didactique**

Le nombre d'enseignants a-t-il changé au cours des 12 derniers mois? Si oui, veuillez préciser.

\_\_\_\_\_

Oui

\_\_\_\_\_

Non

Des modifications majeures ont-elles été apportées à l'élément didactique du programme au cours des 12 derniers mois? Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oui

\_\_\_\_\_

Non

### **Élément clinique**

Des modifications majeures ont-elles été apportées à l'élément clinique du programme au cours des 12 derniers mois? Si oui, veuillez préciser. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Oui

\_\_\_\_\_

Non

## **PARTIE 5. ÉVALUATION DU PROGRAMME**

Par le biais des commentaires sur le programme, justifiez les modifications apportées au programme. Critères : 1. Structure du programme; 2. Atteinte de la compétence par les étudiants; 3. Compétence des ressources humaines – personnel enseignant et de soutien. Précisez en fonction de la source des données, les commentaires (positifs et entraînant des modifications) et les modifications mises en place dans chaque secteur. Utilisez le formulaire *Annexe – Évaluation* ci-joint.

Exemples des données à utiliser pour chaque secteur :

Évaluations des cours par les étudiants  
Évaluations des enseignants  
Évaluations du programme  
Commentaires du conseil consultatif  
Évaluations de l'employeur  
Évaluations des diplômés

## **PARTIE 6. CONFORMITÉ AUX EXIGENCES D'AGRÉMENT DE LA CoAFTR**

a) Il existe une entente courante signée avec tous les emplacements affiliés

                                            
Oui                              Non

Sinon, veuillez préciser les mesures mises en place pour répondre à l'exigence.

b) Le programme est conforme à tous les critères essentiels.

                                            
Oui                              Non

Sinon, veuillez préciser les mesures mises en place pour répondre aux critères.

c) Le programme est conforme ou partiellement conforme à tous les critères non essentiels.

                                            
Oui                              Non

Sinon, veuillez préciser les mesures mises en place pour répondre aux critères.

## **PARTIE 7. CONFORMITÉ AUX EXIGENCES PROVINCIALES**

Le programme est conforme aux exigences additionnelles particulières de l'organisme de réglementation provincial, s'il y a lieu. \_\_\_\_\_

Oui

Non

Sinon, veuillez préciser les mesures mises en place pour répondre aux exigences.

---

Nous certifions par les présentes que toute l'information du rapport est exacte et reconnaissons que la production de données fausses ou incomplètes pourrait entraîner la mise en période probatoire du programme éducatif (Manuel d'agrément, Tab 3, page R-2)

Directeur/coordonateur du programme :

---

Administrateur principal : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_