
Nom du proposant

Fournir le nom et l'emplacement de l'université où vous avez obtenu votre diplôme de GAP:

Êtes-vous un membre de l'Ordre provincial des chiropraticiens ou organe équivalent?

☐ Oui ☐ Non

Satisfaites-vous les normes d'éducation et de formation établis par la Fédération
chiropratique canadienne des organismes de réglementation professionnelle et d'agrément
des programmes d'enseignement?

☐ Oui ☐ Non

Nombre d'années d'expérience excluant formation médical

Ans

Les nouveaux patients doivent-ils soumettre les antécédents médicaux et les informations
médicales afin que vous avez connaissance de tous les facteurs de risque potentiels?

☐ Oui ☐ Non

Les patients ont-ils fourni avec des informations détaillées qui décrit les procédures et les
risques et les effets secondaires possibles?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que chaque nouveau client doit remplir et signer un formulaire de consentement?

☐ Oui ☐ Non

Est-ce que le formulaire de consentement inclure une déclaration que le patient comprend et
accepte les risques?

☐ Oui ☐ Non

Combien de temps conservez-vous les renseignements/documentations de vos clients dans
vos dossiers?

Ans

Imprime votre nom et titre

Signature du demandeur ou du représentant autorisé

DATE:

J	J	M	M	A	A
---	---	---	---	---	---