



RÉANIMATION ET STABILISATION
NÉONATALES

Liste des participants au cours ACoRN

Veuillez soumettre la liste via le portail RSN dans la semaine suivant le cours. Une fois que vous l'avez soumis, les participants peuvent se connecter à leur compte existant pour accéder à leur carte ACoRN.

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



Renseignements au sujet du cours

Date de fin du cours : _____

Lieu du cours : _____

Type de cours (cochez une seule réponse) : Dispensateur Nouvel évaluateur

Perfectionnement de l'évaluateur Formateur des évaluateurs

Renseignements au sujet de l'évaluateur principal

Identifiant RSN de l'évaluateur principal : _____

Nom : _____

Courriel : _____

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

Nom de l'évaluateur	Identifiant RSN	Établissement	Courriel

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

Coenseignement

Nom du candidat évaluateur	Identifiant RSN	Courriel du candidat évaluateur	Nom de le superviseur	Identifiant RSN

Vérification par l'évaluateur principal

Je dois vérifier si les personnes figurant sur la liste d'inscription ont bel et bien réussi l'examen virtuel de l'ACoRN et ont fait preuve des habiletés pratiques nécessaires pendant le cours du ACoRN en salle, conformément aux normes de la Société canadienne de pédiatrie (SCP).

Signature de l'évaluateur principal : _____

Date: _____

N°	Nom du participant <i>Tel qu'il doit figurer sur la carte ACoRN</i>	Titre professionnel	Établissement	Courriel <i>Veuillez indiquer la même courriel que celle que vous avez fournie lors de votre cours PRN.</i>	Examen virtuel de l'ACoRN
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 passé
2		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
3		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
4		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
5		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
6		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
7		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
8		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
9		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé
10		<input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> RM <input type="checkbox"/> RN <input type="checkbox"/> RPN/LPN <input type="checkbox"/> RRT <input type="checkbox"/> Other _____			<input type="checkbox"/> Examen passé