

OPHTHALMIC MEDICAL ASSISTANTS ACT

**CONSOLIDATION OF OPHTHALMIC
MEDICAL ASSISTANTS
REGULATIONS**

R.R.N.W.T. 1990,c.O-1

AS AMENDED BY

R.R.N.W.T. 1990,c.O-1(Supp)
In force September 15, 1992;
SI-013-92

LOI SUR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX EN
OPHTALMOLOGIE

**CODIFICATION ADMINISTRATIVE
DU RÉGLEMENT SUR LES
AUXILIAIRES MÉDICAUX EN
OPHTALMOLOGIE**

R.R.T.N.-O. 1990, ch. O-1

MODIFIÉ PAR

R.R.T.N.-O. 1990, ch. O-1 (Suppl.)
En vigueur le 15 septembre 1992;
TR-013-92

This consolidation is not an official statement of the law. It is an office consolidation prepared for convenience of reference only. The authoritative text of regulations can be ascertained from the *Revised Regulations of the Northwest Territories, 1990* and the monthly publication of Part II of the *Northwest Territories Gazette* (for regulations made before April 1, 1999) and Part II of the *Nunavut Gazette* (for regulations made on or after April 1, 1999).

La présente codification administrative ne constitue pas le texte officiel de la loi; elle n'est établie qu'à titre documentaire. Seuls les règlements contenus dans les *Règlements révisés des Territoires du Nord-Ouest (1990)* et dans les parutions mensuelles de la Partie II de la *Gazette des Territoires du Nord-Ouest* (dans le cas des règlements pris avant le 1^{er} avril 1999) et de la Partie II de la *Gazette du Nunavut* (dans le cas des règlements pris depuis le 1^{er} avril 1999) ont force de loi.

**OPHTHALMIC MEDICAL
ASSISTANTS REGULATIONS**

**RÈGLEMENT SUR LES
AUXILIAIRES
MÉDICAUX EN OPHTALMOLOGIE**

Interpretation

Définitions

1. In these regulations,

1. Les définitions qui suivent s'appliquent au présent règlement.

"Act" means the *Ophthalmic Medical Assistants Act*, (Loi)

«Loi» La *Loi sur les auxiliaires médicaux en ophtalmologie*. (Act)

"program" means the program entitled the Northwest Territories Ophthalmic Medical Assistants Training Program approved by the Minister. (*programme*)

«programme» Le programme intitulé «Programme de formation des auxiliaires médicaux en ophtalmologie des Territoires du Nord-Ouest» approuvé par le ministre. (*program*)

Registration

Inscription

2. An application for registration under subsection 11(1) of the Act shall be in the Form set out in the Schedule.

2. La demande d'inscription présentée conformément au paragraphe 11(1) de la Loi est rédigée selon la formule figurant à l'annexe.

3. The prescribed certifying bodies for the purpose of paragraph 13(2)(a) of the Act are

3. Pour l'application de l'alinéa 13(2)a) de la Loi, les organismes réglementaires chargés de l'attestation sont les suivants :

- (a) the international body known as the Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology; and
- (b) the Canadian Ophthalmological Society.

- a) l'organisme international appelé «Joint Commission on Allied Health Personnel in Ophthalmology»;
- b) la Société canadienne des ophtalmologistes.

4. The fee payable for registration under the Act is as follows:

4. Les droits d'inscription prévus par la Loi sont les suivants :

- (a) for an ophthalmic medical assistant \$20;
- (b) for an ophthalmic technician \$35;
- (c) for an ophthalmic technologist \$50.

- a) auxiliaire médical en ophtalmologie 20 \$;
- b) technicien en ophtalmologie 35 \$;
- c) technologue en ophtalmologie 50 \$.

R.R.N.W.T. 1990,c.O-1(Supp.),s.2.

R.R.T.N.-O. 1990, ch. O-1 (Suppl.), art. 2.

5. (1) A person who has completed
(a) English 20,
(b) Mathematics 30,
(c) Physics 20, and
(d) Biology 20 or General Science 20,
in the Alberta high school system, or, subject to the

5. (1) Peuvent être inscrites dans la partie I du registre des stagiaires les personnes qui ont réussi les cours suivants, enseignés dans les écoles secondaires de l'Alberta ou, sous réserve de l'approbation du ministre, des cours équivalents, à savoir :
a) anglais 20;

approval of the Minister, the equivalent of these courses may be admitted to Part I of the Students Register.

(2) A person who is registered at the assistant level may be admitted to Part II of the Students Register.

(3) A person who is registered at the technician level may be admitted to Part III of the Students Register.

Practice

6. (1) Subject to the Act, a technologist may perform any activity identified in the program.

(2) Subject to the Act, a technician may perform any activity identified in the program except those reserved exclusively for a technologist.

(3) Subject to the Act, an assistant may perform any activity identified in the program except those reserved exclusively for technicians and technologists.

- b) mathématiques 30;
- c) physique 20;
- d) biologie 20 ou sciences générales 20.

(2) Les personnes inscrites dans la catégorie des auxiliaires peuvent être inscrites dans la partie II du registre des stagiaires.

(3) Les personnes inscrites dans la catégorie des techniciens peuvent être inscrites dans la partie III du registre des stagiaires.

Exercice de la profession

6. (1) Sous réserve de la Loi, le technologue peut exercer toute activité précisée dans le programme.

(2) Sous réserve de la Loi, le technicien peut exercer toute activité précisée dans le programme, à l'exception de celles qui sont réservées exclusivement aux technologues.

(3) Sous réserve de la Loi, l'auxiliaire peut exercer toute activité précisée dans le programme, à l'exception de celles qui sont réservées exclusivement aux techniciens et aux technologues.

OPHTHALMIC MEDICAL ASSISTANTS ACT

APPLICATION FOR REGISTRATION AS AN OPHTHALMIC MEDICAL ASSISTANT

I apply for registration as: (please check appropriate level and status)

ASSISTANT

TECHNICIAN

TECHNOLOGIST

LEVEL: Graduate	<input type="checkbox"/>	Graduate	<input type="checkbox"/>	Graduate	<input type="checkbox"/>
STATUS: Student	<input type="checkbox"/>	Student	<input type="checkbox"/>	Student	<input type="checkbox"/>

Complete name
(surname) (given names)

Address
(business)
.....
(home)

Telephone
(business) (home)

Qualifications
(level achieved) (dates)
.....
(program attended) (dates)

City and Province/State where program attended

Initial Registration
(province/state) (cert. no.)
.....
(date)

Current Registration
(province/state) (cert. no.)
.....
(date)

Has your licence ever been revoked? No
refused? Yes No

LOI SUR LES AUXILIAIRES MÉDICAUX EN OPHTALMOLOGIE

DEMANDE D'INSCRIPTION À TITRE D'AUXILIAIRE MÉDICAL EN OPHTALMOLOGIE

Je demande d'être inscrit(e) à titre de : *(prière de cocher la catégorie et le statut appropriés)*

	<u>AUXILIAIRE</u>	<u>TECHNICIEN</u>	<u>TECNOLOGUE</u>
CATÉGORIE :	Diplômé(e) <input type="checkbox"/>	Diplômé(e) <input type="checkbox"/>	Diplômé(e) <input type="checkbox"/>
STATUT :	Stagiaire <input type="checkbox"/>	Stagiaire <input type="checkbox"/>	Stagiaire <input type="checkbox"/>

Nom et prénoms
(nom de famille) *(prénoms)*

Adresse
(bureau)
.....
(domicile)

Téléphone
(bureau) *(domicile)*

Qualifications professionnelles
(catégorie) *(dates)*
.....
(programme) *(dates)*

Ville et province/Préciser le lieu où le programme a été suivi

Inscription initiale :
(province/état) *(n° du cert.)*
.....
(date)

Inscription courante:
(province/état) *(n° du cert.)*
.....
(date)

Votre permis a-t-il jamais été révoqué? Oui Non
refusé? Oui Non

If so, where and for what reason

List the names of two persons you have contacted to provide letters of character reference on your behalf. The letters are to be forwarded to the Registrar.

1.
(name) (address)

2.
(name) (address)

I certify the information contained in the above statements is true.

.....
(registration fee) (date) (signature of applicant)

This application and a certified copy of your educational certificate and fees are to be forwarded to:

Registrar
Ophthalmic Medical Assistants
Department of Safety and Public Services
Government of the Northwest Territories
Yellowknife, Northwest Territories
X1A 2L9.

Si oui, préciser le lieu et donner la raison

Donner le nom de deux personnes à qui vous avez demandé de fournir des références à votre égard. Les lettres doivent être envoyées au registraire.

1.
(nom) (adresse)

2.
(nom) (adresse)

Je certifie que les renseignements ci-dessus sont véridiques.

.....
(droit d'inscription) (date) (Signature du requérant)

Prière d'envoyer la présente demande, ainsi qu'une copie certifiée conforme de votre certificat d'études et le droit d'inscription, à l'adresse suivante :

Registraire
Auxiliaires médicaux en ophtalmologie
Ministère de la Sécurité et des Services publics
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Yellowknife (Territoires du Nord-Ouest)
X1A 2L9

