

*Entre nous,
ça clique!*

Votre code d'accès

Votre mot de passe

POUR VOUS INSCRIRE AU TABLEAU DE L'OIIQ, VEUILLEZ VÉRIFIER, CORRIGER ET REMPLIR LES SECTIONS 1 À 9 DU FORMULAIRE. MÊME SI VOUS NE VOUS INSCRIVEZ PAS AU TABLEAU, IL EST ESSENTIEL DE METTRE VOS INFORMATIONS À JOUR.

N° de permis

1. Identification Voir guide, section 1

Inscrivez ci-dessous toute correction à apporter.

Nom*, adresse de résidence et téléphone

* L'initiale est utilisée pour éviter les risques d'erreur d'identification.

Adresse (N°, rue, appartement, R.R.). Un numéro de case postale ne sera pas accepté.

Ville, province, pays

Code postal

Téléphone

Adresse de correspondance (si elle diffère de la précédente) et adresse courriel

Adresse (N°, rue, appartement, R.R.)

Ville, province, pays

Code postal

Adresse courriel

2. Formation Voir guide, section 2

Le profil de votre formation est indiqué ci-dessous. Veuillez corriger cette information, au besoin, en cochant la case appropriée. Utilisez les lignes en blanc pour ajouter tout autre programme auquel vous vous êtes inscrite depuis l'obtention de votre permis. Assurez-vous d'indiquer si vous avez terminé le programme, s'il est présentement en cours ou si vous l'avez abandonné.

Formation initiale :

Formation continue universitaire

(voir le tableau des codes de programmes de formation continue ci-joint) :

| Code | Descriptif | En cours | Terminé | Abandon |
|------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Formation continue autre que la formation inscrite à la section 2 Voir guide, section 3

Approximativement combien d'heures avez-vous consacré à la formation continue entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2007?

Aucune 
 Moins de 15 heures 
 Entre 15 et 30 heures 
 Plus de 30 heures 

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Bureau du registraire

4200, boul. Dorchester Ouest, Westmount, Québec H3Z 1V4 • Téléphone : 514 935-2505, poste 680 ou 1 800 363-6048, poste 680 • Télécopieur : 514 935-9401 • bureau-registraire@oiq.org

4. Renseignements professionnels sur les emplois rémunérés

Voir guide, section 4

L'infirmière doit faire connaître à la secrétaire générale de l'Ordre les lieux où elle exerce sa profession.

Modification(s)/ajout(s) d'emploi(s)

Si vous n'occupez plus un des emplois dont les données figurent sur le formulaire, veuillez indiquer depuis quand vous n'occupez plus cet emploi. Si vous occupez toujours cet emploi, complétez ou corrigez, s'il y a lieu, les informations à votre dossier. Pour tout nouvel emploi, remplissez la section **Nouvel emploi relié au domaine de la santé**. Pour plus d'un nouvel emploi, utilisez des feuilles supplémentaires en photocopiant le formulaire au besoin. Une annexe déjà formatée peut être imprimée à partir du site Internet de l'OIIQ, dans la section « Inscription au Tableau ».

Si votre employeur est un CSSS et que vous travaillez dans une de ses installations, c'est le nom de l'installation que vous devez indiquer. Exemple : Résidence Avellin-Dalcourt et non CSSS de Maskinongé. Si toutefois vous travaillez effectivement pour un CSSS, veuillez indiquer le nom de ce CSSS comme employeur.

Si vous êtes consultante ou êtes employée par une agence de placement, veuillez indiquer le nom de la firme ou de l'agence et non celui des établissements où vous travaillez ni celui de vos clients.

Emploi principal relié au domaine de la santé

Emploi auquel est consacré le plus grand nombre d'heures ou de jours par semaine. Si votre emploi principal a changé, assurez-vous de nous indiquer quel emploi est maintenant votre emploi principal.

Type d'emploi

Salarié : Personne qui s'engage à exécuter un travail pour le compte d'un employeur autre qu'elle-même en contrepartie d'un salaire ou d'un traitement.

Travail autonome : La travailleuse autonome s'engage envers une autre personne, son client, à effectuer un travail matériel ou à lui fournir un service moyennant une rémunération que le client s'engage à lui payer. L'infirmière qui travaille à son propre compte est une travailleuse autonome et doit indiquer le nom de son entreprise ou son propre nom, selon le cas. Toute infirmière propriétaire d'une entreprise est considérée comme une travailleuse autonome.

| Emploi relié au domaine de la santé | | |
|--|--|--|
| Téléphone | Poste | année / mois / jour Début de cet emploi |
| | | |
| MODIFICATION(S) OU AJOUT D'INFORMATIONS POUR L'EMPLOI CI-DESSUS UNIQUEMENT | | |
| <input type="checkbox"/> Cet emploi n'est plus mon emploi principal | | |
| <input type="checkbox"/> Je n'occupe plus cet emploi depuis le _____ / _____ / _____ | | |
| Données d'emploi | | |
| Type d'emploi (Cochez une autre case au besoin) | | |
| Salarié <input type="checkbox"/> | Travail autonome <input type="checkbox"/> | |
| | | |
| Situation d'emploi (Cochez une autre case au besoin) | | |
| Permanent temps complet (TCR) <input type="checkbox"/> | Permanent temps partiel (TPR) <input type="checkbox"/> | |
| | | |
| Occasionnel temps partiel (TPO) <input type="checkbox"/> | | |
| Fonction principale | | |
| Correction du code | | |
| Domaine de pratique | | |
| Correction du code | | |

| Emploi relié au domaine de la santé | | |
|--|--|--|
| Téléphone | Poste | année / mois / jour Début de cet emploi |
| | | |
| MODIFICATION(S) OU AJOUT D'INFORMATIONS POUR L'EMPLOI CI-DESSUS UNIQUEMENT | | |
| <input type="checkbox"/> Cet emploi est mon emploi principal | | |
| <input type="checkbox"/> Je n'occupe plus cet emploi depuis le _____ / _____ / _____ | | |
| Données d'emploi | | |
| Type d'emploi (Cochez une autre case au besoin) | | |
| Salarié <input type="checkbox"/> | Travail autonome <input type="checkbox"/> | |
| | | |
| Situation d'emploi (Cochez une autre case au besoin) | | |
| Permanent temps complet (TCR) <input type="checkbox"/> | Permanent temps partiel (TPR) <input type="checkbox"/> | |
| | | |
| Occasionnel temps partiel (TPO) <input type="checkbox"/> | | |
| Fonction principale | | |
| Correction du code | | |
| Domaine de pratique | | |
| Correction du code | | |

NOTE : Fonction principale – Enseignement

Toutes les fonctions du domaine d'activité « Enseignement » désignent l'enseignement aux infirmières ou à d'autres professionnels ou fournisseurs de soins de santé (infirmières auxiliaires, préposées aux bénéficiaires, etc.), et non l'enseignement aux clients. Les infirmières qui font de l'enseignement aux clients doivent choisir une fonction principale dans le domaine « Clinique ».

Nouvel emploi relié au domaine de la santé



Cet emploi est mon emploi principal



Nom de l'employeur (installation)

Adresse de l'employeur (précisez : rue, avenue, chemin, croissant ou boulevard)

Ville, province, pays



Code postal

Téléphone

Poste

année / mois / jour

Début de cet emploi

Données d'emploi

Type d'emploi

Salarié



Travail autonome



Situation d'emploi

Permanent temps complet (TCR)



Permanent temps partiel (TPR)



Occasionnel temps partiel (TPO)



Fonction principale



Code

Domaine de pratique



Code

Domaine de pratique

Code **Soins en santé physique / soins à des clientèles particulières :**

12 Soins aux diabétiques

30 Soins de fin de vie

15 Soins des pieds

17 Soins en cardiologie (*cardiovasculaire, chirurgie cardiaque, etc.*)

02 Soins en gériatrie et gérontologie

19 Soins en néphrologie (*insuffisance rénale, greffe, dialyse, etc.*)

20 Soins en neurologie (*neurochirurgie, etc.*)

21 Soins en oncologie (*hématologie, etc.*)

22 Soins en pédiatrie

23 Soins en périnatalité (*suivi de grossesse à risque, obstétrique, unité mère-enfant, fertilité, soins intermédiaires au nouveau-né, etc.*)

24 Soins en réadaptation

16 Soins en stomatothérapie (*soins des plaies*)

31 Soins périopératoires (*salle d'opération, salle de réveil, bloc opératoire, etc.*)

32 Soins relatifs aux dons et aux greffes d'organes et de tissus

33 Soins respiratoires

39 Soins médicaux et/ou chirurgicaux (*généralistes et spécialisés*)

Soins critiques :

13 Soins aux grands brûlés

10 Soins d'urgence

40 Soins intensifs aux adultes (*médicaux, chirurgicaux ou coronariens*)

18 Soins intensifs en néonatalogie

41 Soins intensifs pédiatriques

Fonction principale

Code **Clinique :**

01 Assistante infirmière-chef / assistante de la supérieure immédiate

13 Conseillère cadre (*anc. infirmière clinicienne spécialisée*)

17 Conseillère en soins infirmiers (*monitrice*)

16 Coordonnatrice de suivi systématique de clientèle (*gestionnaire de cas, infirmière de liaison, infirmière pivot*)

11 Infirmière (*incluant chef d'équipe*)

12 Infirmière clinicienne

02 Infirmière clinicienne assistante infirmière-chef / infirmière clinicienne assistante de la supérieure immédiate

03 Infirmière en dispensaire (*point de service isolé, poste isolé*)

19 Infirmière praticienne spécialisée (*Loi sur les infirmières et les infirmiers, art. 36.1*)

18 Infirmière première assistante en chirurgie

04 Infirmière psychothérapeute

29 Autre fonction clinique (*qui ne s'apparente à aucune des fonctions énumérées dans cette catégorie*)

Enseignement :

32 Chargée de cours

30 Doyenne / directrice / responsable de programme

31 Professeure / enseignante

33 Soutien à l'enseignement (*infirmière en travaux pratiques, infirmière en laboratoire pratique, ou toute autre fonction de soutien à l'enseignement collégial ou universitaire*)

39 Autre fonction en enseignement (*qui ne s'apparente à aucune des fonctions énumérées dans cette catégorie*)

Gestion :

48 Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

46 Coordonnatrice d'activités / chef d'unité de soins infirmiers (*infirmière-chef, coordonnatrice ou chef de module, de programme, de services ou d'activités*)

47 Directrice (autre que DSI) / directrice adjointe / adjointe à la direction

43 Directrice des soins infirmiers (*ou tout autre titre correspondant à la définition de DSI dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, c. S-4.2, art. 206-208*)

50 Gestionnaire de risques

44 Responsable des soins infirmiers (*ou tout autre titre correspondant à la définition de RSI dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux, c. S-4.2, art. 206-208*)

49 Autre fonction en gestion (*qui ne s'apparente à aucune des fonctions énumérées dans cette catégorie, agent de planification, de programmation, de gestion, consultante, spécialiste en technologies de l'information et des communications, etc.*)

Recherche :

52 Chargée de recherche

51 Directrice de projet de recherche

59 Autre fonction en recherche (*qui ne s'apparente à aucune des fonctions énumérées dans cette catégorie*)

Soins de première ligne :

42 Clinique privée

43 Clinique-réseau

44 Groupe de médecine familiale (GMF)

03 Info-Santé

04 Maintien / soins à domicile

06 Petite enfance / famille (*cours prénataux, suivi de grossesse, suivi du nourrisson, suivi des enfants 0-5 ans, etc.*)

08 Santé des jeunes / scolaire (*suivi des jeunes 5-18 ans, infirmière en milieu scolaire, etc.*)

09 Santé et sécurité au travail

45 Services courants

46 Autres soins de première ligne (*Unité de médecine familiale, centre d'abandon du tabagisme, clinique des voyageurs, soins en pharmacie, etc.*)

47 Plusieurs domaines en soins de première ligne

Soins en santé mentale :

48 Soins en santé mentale de première ligne

49 Soins en santé mentale spécialisés et ultraspecialisés

34 Toxicomanie

Autres types de soins et de services :

07 Prévention et contrôle des infections

26 Santé publique (*enquête épidémiologique, etc.*)

35 Plusieurs domaines


36 Autre domaine

99 Ne s'applique pas

5. Nombre d'heures d'exercice professionnel dans le domaine de la santé en 2007 Voir guide, section 5

Cochez le nombre approximatif d'heures où vous avez travaillé à titre d'infirmière entre le 1^{er} janvier 2007 et le 31 décembre 2007 (incluant les activités rémunérées et bénévoles).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 5 jours / semaine = 1 740 h  | <input type="checkbox"/> 1 jour / semaine = 348 h  |
| <input type="checkbox"/> 4 jours / semaine = 1 392 h  | <input type="checkbox"/> 7 jours / quinzaine = 1 218 h  |
| <input type="checkbox"/> 3 jours / semaine = 1 044 h  | <input type="checkbox"/> Aucune heure  |
| <input type="checkbox"/> 2 jours / semaine = 696 h  | <input type="checkbox"/> Autre (spécifiez) : _____ heure(s)  |

Veillez indiquer la date de fin d'exercice de la profession, s'il y a lieu : _____
année / mois / jour 

Avez-vous exercé des activités professionnelles à titre de bénévole? Oui  Non 

6. Décision judiciaire ou disciplinaire Voir guide, section 6

Toute infirmière doit informer la secrétaire générale de l'OIIQ qu'elle a été déclarée coupable d'une infraction criminelle ou qu'elle a fait l'objet d'une décision disciplinaire au Canada ou à l'étranger.

Avez-vous été déclarée coupable d'une **infraction criminelle** dont vous n'auriez pas déjà informé la secrétaire générale? Oui  Non 

Avez-vous fait l'objet d'une **décision disciplinaire** dont vous n'auriez pas déjà informé la secrétaire générale? Oui  Non 

7. Vous n'exercez pas la profession Voir guide, section 7


Cochez toutes les cases qui décrivent votre situation et, s'il y a lieu, inscrivez vos dates de fin d'emploi à la section 4.


- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je n'exerce pas la profession, mais je souhaite m'inscrire | <input type="checkbox"/> Raisons personnelles (maladie, maternité, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Je n'exerce pas la profession et je ne souhaite pas m'inscrire | <input type="checkbox"/> À la recherche d'un emploi d'infirmière |
| <input type="checkbox"/> Retraite de la profession d'infirmière | <input type="checkbox"/> J'occupe un emploi autre que celui d'infirmière dans le domaine de la santé |
| <input type="checkbox"/> Études | <input type="checkbox"/> J'occupe un emploi dans un domaine autre que celui de la santé |
| <input type="checkbox"/> Exercice de la profession d'infirmière hors du Québec | |

Désirez-vous recevoir le formulaire d'inscription au Tableau 2009-2010 de l'OIIQ? Oui Non

Prévoyez-vous reprendre l'exercice de la profession? Oui Non Ne sais pas

8. Communication de renseignements personnels Voir guide, section 8

Je refuse que l'Ordre communique mes nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des entreprises avec lesquelles l'Ordre a conclu des ententes commerciales à l'intention de ses membres (p. ex., services bancaires, assurance habitation et auto). 

Je refuse que l'Ordre communique mes nom, adresse, numéro de téléphone et adresse courriel à des tiers à des fins de recherche, de sondage ou de statistiques. 

À défaut d'avoir répondu, vous êtes réputée avoir consenti à la communication de vos coordonnées à des tiers. En tout temps, vous pouvez manifester votre refus et demander au registraire de l'OIIQ de retirer votre nom de la liste d'envoi.

9. Avis et déclaration d'exactitude des renseignements – inscription au Tableau Voir guide, section 9

AVIS (article 65 de la *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., c. A-2.1)

Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront utilisés à des fins de contrôle de l'exercice de la profession et de protection du public. Le refus de les fournir à l'Ordre peut constituer une infraction au sens de l'article 50 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (I-8, r. 4.1). Seuls les préposés de l'Ordre, dûment autorisés, auront accès à ces renseignements pour l'exercice de leurs fonctions.

Si un renseignement contenu dans la présente déclaration vous apparaît inexact, incomplet ou équivoque, veuillez le rectifier en communiquant avec le registraire de l'OIIQ.

J'ai dûment rempli ma déclaration annuelle et, le cas échéant, ma demande d'inscription au Tableau 2008-2009 et affirme que tous les renseignements que j'ai fournis sont exacts et véridiques.

X
Signature obligatoire

X
Date

