

Planification de stages et de cours de perfectionnement IPS

DIRECTION, ADMISSIONS ET REGISTRARIAT



La planification de ce programme personnalisé doit être approuvée par le Comité des requêtes de l'OIIQ avant que la personne requérante ne le commence.

La personne requérante doit être inscrite au Tableau de l'OIIQ pour présenter sa planification et suivre ce programme.

PERSONNE REQUÉRANTE

Nom : _____

N° de permis : _____

Prénom : _____

MILIEU DE STAGE

Nom de l'établissement : _____

Ville : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Province : _____

IPS RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION DU STAGE

Nom : _____

N° de permis : _____

Prénom : _____

Courriel : _____

Titre : _____

Téléphone : _____

DATES DU PROGRAMME

Date de début : _____

Date de fin : _____

DESCRIPTION DE LA FORMATION CLINIQUE / Milieu clinique**Spécialité (ex. : néonatalogie, santé mentale, soins aux adultes)
ou nom(s) du cours****Milieu clinique (nom de l'installation)****Durée
(en heures)****Activités professionnelles essentielles planifiées**

DURÉE DES FORMATIONS ET DU PROGRAMME

Programme :	_____	Formation théorique :	_____
	Nombre d'heures total		Nombre d'heures
	_____	Formation clinique :	_____
			Nombre d'heures

OUTIL D'ÉVALUATION

Relevé de notes de l'université :

Autre outil d'évaluation annexé à cette planification et soumis à l'approbation du Comité des requêtes :

TYPE DE DROIT D'EXERCICE DEMANDÉ À LA SUITE DE LA RÉUSSITE DU PROGRAMME

La personne requérante obtient le **plein droit d'exercice à titre d'IPS**

OU

La personne requérante obtient le **plein droit d'exercice infirmier et le plein droit d'exercice à titre d'IPS**

SIGNATURES

IPS responsable :	_____	_____	Date : _____
	Prénom Nom	Signature	
Directrice - Directeur des soins infirmiers / représentante - représentant :	_____	_____	Date : _____
	Prénom Nom	Signature	
Personne requérante :	_____	_____	Date : _____
	Prénom Nom	Signature	

Ce formulaire doit être retourné dûment rempli par courriel à exercice-ips-br@oiiq.org.