

*Cette planification doit être approuvée par le registraire de l'OIIQ AVANT de débiter le programme d'intégration professionnelle.  
This planning must be approved by the registrar of the OIIQ before beginning the professional integration program.*

IDENTIFICATION

Sexe / Sex F  M

Nom (Identique à l'acte de naissance) / Name (as on birth certificate)

Prénoms (Identiques à l'acte de naissance) / Given names (as on birth certificate)

Nom de l'établissement / Name of institution

Adresse de l'établissement (numéro – rue – bureau, case postale) / Address of institution (no. – street – office, post-office box no.)

Ville ( )  
City Province Code postal Téléphone  
City Province Postal code Telephone No.

Nom de l'infirmière responsable du programme d'intégration professionnelle  
ou du superviseur de stage ( )  
Name of the nurse responsible for the professional integration program or  
training supervisor Adresse courriel Téléphone et poste  
E-mail address Telephone No. and extension

DÉROULEMENT DU PROGRAMME D'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE (Écrire en lettres majuscules, s.v.p.)  
IMPLEMENTATION OF THE PROFESSIONAL INTEGRATION PROGRAM (Please write in capital letters.)

Le programme d'intégration débutera le (a/m/j) et se terminera le (a/m/j).  
The integration program will begin (y/m/d) and end (y/m/d).

N'oubliez pas que vous devez vous immatriculer à l'OIIQ avant de débiter votre programme.  
Don't forget. You must register with the OIIQ before beginning your program.

**PLANIFICATION DU PROGRAMME D'INTÉGRATION PROFESSIONNELLE DANS UN MILIEU CLINIQUE  
PLANNING OF THE PROFESSIONAL INTEGRATION PROGRAM IN A CLINICAL SETTING**

La planification de votre programme d'intégration professionnelle doit vous permettre de démontrer les compétences répertoriées dans le document *Grille d'évaluation du programme d'intégration professionnelle des infirmières diplômées hors Québec*.  
Vous devez décrire ci-dessous les activités de la formation théorique et du stage clinique que vous avez retenues dans votre planification, ou vous pouvez joindre une copie du programme planifié en vous assurant d'avoir inclus tous les renseignements demandés dans ce formulaire.

*You must describe below the planned activities of the theoretical training and of the clinical training period, or you may enclose a copy of the planning of the integration program. Make sure all the required information on this form is answered.*

*The planning of your professional integration program must allow you to demonstrate the competencies listed in the document Evaluation Grid of the professional integration program for nursing graduates from outside Quebec.*

**DESCRIPTION DE LA FORMATION THÉORIQUE  
DESCRIPTION OF THE THEORETICAL TRAINING**

La formation théorique peut comprendre diverses activités pédagogiques telles que des cours, des ateliers de formation, des séminaires, des études de cas, des lectures dirigées ou autres activités planifiées avec l'infirmière responsable de votre programme d'intégration professionnelle ou le superviseur de stage.

À cet effet, vous devez utiliser le *Guide d'auto-apprentissage – Les aspects déontologiques, juridiques et éthiques de la pratique infirmière au Québec*.

*The theoretical training may include various learning activities, such as courses, training workshops, seminars, case studies, guided reading or other activities planned with the nurse responsible for your professional integration program or training supervisor.*

*Furthermore, your professional integration program must include the legal, professional and organizational aspects related to the context of practice in Quebec. It must cover, among other things, the laws and regulations in force in Quebec. These readings are listed in the section Analyze the work function of the document Evaluation Grid of the professional integration program for nursing graduates from outside Quebec.*

**ACTIVITÉS PÉDAGOGIQUES PLANIFIÉES  
PLANNED LEARNING ACTIVITIES**

Décrire les activités pédagogiques planifiées, indiquer le type d'activités (cours, ateliers, lectures dirigées, etc.), leur thème et leur durée.  
*Describe the type of learning activities planned (courses, seminars, guided readings, etc.), their topics and their duration.*

<b>Activités planifiées (type) <i>Planned activities (type)</i></b>	<b>Sujets traités <i>Topics covered</i></b>	<b>Durée (heures) <i>Duration (in hours)</i></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

*(Joindre une feuille au besoin.) / (Attach additional sheet if necessary.)*

**Durée totale de la formation théorique** \_\_\_\_\_ **(nombre d'heures)**  
***Total duration of the theoretical training*** \_\_\_\_\_ ***(in hours)***

**DESCRIPTION DU STAGE CLINIQUE**  
**DESCRIPTION OF THE CLINICAL TRAINING PERIOD**

Les activités cliniques doivent s'effectuer en soins généraux en médecine et/ou chirurgie, auprès d'une clientèle adulte ou gériatrique. Toute autre demande de champ clinique ou de type de clientèle doit être justifiée avant d'être présentée au Comité d'admission par équivalence de l'OIIQ pour approbation.

Indiquer les champs cliniques et les clientèles auxquels vous serez exposée durant le stage clinique ainsi que le nombre de jours correspondant à chacun.

*The clinical activities must be carried out in general medical and/or surgical care, with an adult or geriatric clientele. Any other request for clinical setting or type of clientele must be justified before being presented for approval to the Admission by Equivalence Committee of the OIIQ. Specify the clinical fields and the clienteles to which you will be exposed during the clinical training period, as well as the number of days corresponding to each.*

Champs cliniques (médecine/chirurgie) <i>Clinical fields (medical/surgical)</i>	Types de clientèle (adultes/personnes âgées) <i>Types of clienteles (adults, elderly persons)</i>	Durée (jours) <i>Duration (in days)</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

De plus, décrire les activités cliniques planifiées durant le stage qui vont permettre à la *diplômée admissible par équivalence* de démontrer les compétences cliniques répertoriées dans la grille d'évaluation (ex. : admission d'un patient; participe aux tournées, à la prise du rapport de nuit; prise en charge de patients stables préopératoires, etc.).

*Furthermore, describe the clinical activities planned during the clinical training period thus allowing the Graduate eligible by equivalence to demonstrate the competencies specified in the Evaluation Grid (i.e.: patient admission, participate in rounds, participate to night shift report; take charge of a pre-operative stable patient, etc.).*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Joindre une feuille au besoin) / (Attach additional sheet if necessary.)

Durée totale du stage clinique \_\_\_\_\_ (nombre d'heures)  
*Total duration of the clinical training period \_\_\_\_\_ (in hours)*

Signature de l'infirmière responsable du programme ou du superviseur de stage  
*Signature of the nurse responsible for the program or training supervisor*      X \_\_\_\_\_      DATE \_\_\_\_\_

Signature de la diplômée admissible par équivalence  
*Signature of the graduate eligible by equivalence*      X \_\_\_\_\_      DATE \_\_\_\_\_