

# Planification d'un programme d'actualisation personnalisé

## DIRECTION DU REGISTRARIAT ET DES EXAMENS



La planification de ce programme 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 la planification d'un programme et suivre ce programme.

### PERSONNE REQUÉRANTE

Nom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### MILIEU DE STAGE

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Province : \_\_\_\_\_

### INFIRMIÈRE OU INFIRMIER RESPONSABLE DU PROGRAMME

Nom : \_\_\_\_\_

N° de permis : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Titre : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

### DATES DU PROGRAMME

Date de début : \_\_\_\_\_

Date de fin : \_\_\_\_\_

## DESCRIPTION DE LA FORMATION THÉORIQUE

### Type(s) d'activités

(p. ex. : Cours, cours en ligne, laboratoire, conférence, lecture)

### Sujet(s) traité(s) ou titre du cours

(joindre la description des cours au besoin)

### Durée

(en heures)

**DESCRIPTION DE LA FORMATION CLINIQUE / Milieu clinique / Établissement d'enseignement**

**Champs clinique(s)** (ex. : médecine, chirurgie) **ou**  
**Nom(s) du cours**

**Type(s) de clientèle**  
(p. ex. : adultes, personnes âgées, enfants)

**Durée**  
(en heures)

**Activités cliniques planifiées**

(p. ex. : admission d'une personne, participation au rapport interservices, prise en charge de patients)

## DURÉE DES FORMATIONS ET DU PROGRAMME

Programme : \_\_\_\_\_ Formation théorique : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures total Nombre d'heures

Formation clinique : \_\_\_\_\_  
Nombre d'heures

## OUTIL D'ÉVALUATION

Si vous voulez utiliser la grille d'évaluation du stage d'actualisation professionnelle en soins infirmiers de l'OIIQ, veuillez cocher la case suivante :

Si vous voulez utiliser une autre grille d'évaluation que celle de l'OIIQ, veuillez l'annexer au formulaire et cocher la case suivante :

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

La personne requérante obtient le **plein droit d'exercice**

**OU**

La personne requérante obtient un **droit d'exercice uniquement pour une activité particulière**  Veuillez préciser ci-dessous :

## SIGNATURES

Infirmière responsable /  
Infirmier 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 [actualisation-br@oiiq.org](mailto:actualisation-br@oiiq.org).