

**DEMANDE DE RENOUVELLEMENT
D'IMMATRICULATION COMPLÈTE ET TEMPORAIRE
INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES**

Adresse postale

Registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés
Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires
Ministères des Services aux collectivités
C.P. 2703, C-5
Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Adresse municipale et coordonnées du bureau

307, rue Black, rez-de-chaussée
Whitehorse (Yukon)
Téléphone : 867-667-5111
Télécopieur : 867-667-3609
Courriel : plra@gov.yk.ca

Nom du demandeur¹ : _____

Ancien nom (ex. nom de jeune fille) : _____

Adresse du domicile : _____

Ville ou localité : _____ Prov./Terr. : _____ Code postal : _____

Téléphone : (Maison) _____ (Travail) _____ (Cellulaire) _____

Courriel : _____

Adresse postale (si elle est différente de l'adresse du domicile) : _____

Ville ou localité : _____ Prov./Terr. : _____ Code Postal : _____

Je présente une demande de renouvellement :

- d'immatriculation complète (remplir la partie A)
 d'immatriculation temporaire (remplir la partie B)

PARTIE A – IMMATRICULATION COMPLÈTE

1. SITUATION ACTUELLE :

Je suis actuellement titulaire de l'immatriculation complète au Yukon.

- Oui Non

2. COMPÉTENCE CONTINUE :

REMARQUE : Le registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés pourrait exiger une preuve du nombre d'heures d'exercice professionnel, y compris du nombre d'heures de perfectionnement, et ce, avant ou après la délivrance de l'immatriculation, afin de confirmer les renseignements fournis dans la présente demande.

J'ai accumulé **au moins** 1000 heures d'exercice professionnel au cours des quatre dernières années.

- Oui Non

Si OUI :

De ces 1000 heures d'exercice professionnel, **au moins** 60 heures, mais pas plus de 300, ont été consacrées à la formation professionnelle continue.

- Oui Non

De ces 1000 heures d'exercice professionnel, **pas plus de** 300 heures ont été consacrées à la prestation de services non rémunérés.

- Oui Non

¹Dans le présent document, les expressions désignant des personnes visent à la fois les hommes et les femmes.

3. LIEU D'EXERCICE ET D'IMMATRICULATION EN RÈGLE :

- a. Au cours des **12 derniers mois**, j'ai exercé la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire dans les provinces ou territoires suivants :
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yukon | <input type="checkbox"/> Ontario |
| <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest | <input type="checkbox"/> Québec |
| <input type="checkbox"/> Nunavut | <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick |
| <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse |
| <input type="checkbox"/> Alberta | <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard |
| <input type="checkbox"/> Saskatchewan | <input type="checkbox"/> Terre-Neuve |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | |
- b. Pour chacune des administrations **autres que le Yukon** où j'ai exercé la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire au **cours des 12 derniers mois**, je joins une preuve d'immatriculation en règle.
- Oui Non

4. DIVULGATION DE MESURE DISCIPLINAIRE :

Je fais actuellement ou j'ai déjà fait l'objet d'une enquête, d'une audience ou d'une procédure disciplinaire en lien avec l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire.

- Oui Non

Si OUI, fournissez une déclaration de divulgation complète contenant des précisions sur chacune des enquêtes, audiences ou procédures disciplinaires dont vous avez fait l'objet (joindre une feuille séparée, au besoin) :

Les mesures disciplinaires ont été prises à/au/en : _____ en _____
Endroit(s) *Année(s)*

Précisions sur la nature des mesures ou procédures disciplinaires et leur résultat :

5. VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE ET DU SECTEUR VULNÉRABLE :

NOTA : Conformément au sous-alinéa 12(2)(e)(ii) du Règlement sur l'immatriculation des infirmières et infirmiers auxiliaires (décret 2010/113), les personnes qui présentent une demande de renouvellement d'immatriculation complète doivent veiller à fournir tous les 5 ans au registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés les résultats d'une vérification complète du casier judiciaire, y compris une vérification du secteur vulnérable.

J'ai fourni au registraire les résultats d'une vérification du casier judiciaire, y compris une vérification des antécédents en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, **au cours des 5 dernières années**.

- Oui
 Non – Je joins à la présente demande les résultats d'une vérification du casier judiciaire, y compris une vérification en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables.

- Non – _____
Indiquez pourquoi vous n'avez pas satisfait à cette exigence.

PARTIE B – IMMATRICULATION TEMPORAIRE

1. SITUATION ACTUELLE :

- a. Je suis actuellement titulaire de l'immatriculation temporaire au Yukon.

- Oui Non

Si OUI :

J'ai obtenu ma première immatriculation temporaire au Yukon en : _____
Année

2. SCOLARITÉ :

Je suis titulaire d'un diplôme de : _____ Année : _____
Établissement d'enseignement, sciences infirmières Année d'obtention du diplôme

Je suis inscrit à l'Examen d'autorisation infirmière au Canada (EAIC) en vue de le passer le : _____
Date

3. LIEU D'EXERCICE ET D'IMMATRICULATION EN RÈGLE :

Au cours des **12 derniers mois**, j'ai exercé la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire dans les provinces ou territoires suivants :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Yukon | <input type="checkbox"/> Ontario |
| <input type="checkbox"/> Territoires du Nord-Ouest | <input type="checkbox"/> Québec |
| <input type="checkbox"/> Nunavut | <input type="checkbox"/> Nouveau-Brunswick |
| <input type="checkbox"/> Colombie-Britannique | <input type="checkbox"/> Nouvelle-Écosse |
| <input type="checkbox"/> Alberta | <input type="checkbox"/> Île-du-Prince-Édouard |
| <input type="checkbox"/> Saskatchewan | <input type="checkbox"/> Terre-Neuve |
| <input type="checkbox"/> Manitoba | |

Pour chacune des administrations **autres que le Yukon** où j'ai exercé la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire au **cours des 12 derniers mois**, je joins une preuve d'immatriculation en règle.

Oui Non

4. DIVULGATION DE MESURE DISCIPLINAIRE :

Je fais actuellement ou j'ai déjà fait l'objet d'une enquête, d'une audience ou de procédures disciplinaires en lien avec l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier auxiliaire.

Oui Non

Si OUI, fournissez une déclaration de divulgation complète contenant des précisions sur chacune des enquêtes, audiences ou procédures disciplinaires dont vous avez fait l'objet (joindre une feuille séparée, au besoin) :

Les mesures disciplinaires ont été prises à/au/en : _____ en _____
Endroit(s) Année(s)

Précisions sur la nature des mesures ou procédures disciplinaires et leur résultat :

5. EXIGENCES EN MATIÈRE DE SUPERVISION :

Mon(mes) superviseur(s) est(sont) : _____
Nom du ou des superviseur(s)

Je vais exercer à : _____
Nom de l'établissement de soins de santé, de l'entreprise ou du cabinet de médecin

EMPLOI ACTUEL

Domaine d'activités en soins infirmiers : Soins directs dans un établissement de soins de santé
 Administration en soins infirmiers
 Enseignement en soins infirmiers
 Recherche en soins infirmiers

Emploi : À temps plein À temps partiel/occasionnel

- Situation professionnelle : 10 Emploi régulier comme inf. aux.
 11 Emploi occasionnel comme inf. aux.
 20 Emploi dans un autre domaine, mais à la recherche d'un emploi comme inf. aux.
 21 Emploi dans un autre domaine et ne cherche pas d'emploi comme inf. aux.
 30 Sans emploi et à la recherche d'un emploi comme inf. aux.
 31 Sans emploi et ne cherche pas d'emploi comme inf. aux.

Emplois auprès de plus d'un organisme : Oui Non

LIEU DE TRAVAIL :

Employeur ou lieu de travail principal

Lieu de travail principal _____ Code postal : _____
(ex. Centre Copper Ridge)

Employeur ou lieu de travail secondaire

Lieu de travail secondaire _____ Code postal : _____
(ex. Centre Copper Ridge)

Autre employeur ou lieu de travail

Autre lieu de travail _____ Code postal : _____
(ex. Centre Copper Ridge)

CODE DE SECTEUR D'ACTIVITÉ :

Indiquez un seul code par employeur :

Employeur ou lieu de travail principal Employeur ou lieu de travail secondaire Autre employeur ou lieu de travail

- | | |
|--|--|
| 01 Centre hospitalier (médecine générale, maternité, pédiatrie, psychiatrie) | 08 Bureau de santé au travail/entreprise/industrie |
| 02 Centre de santé mentale | 09 Agence privée de soins infirmiers/service privé |
| 03 Poste de soins infirmiers (en région éloignée ou en clinique) | 10 Travail autonome |
| 04 Centre de réadaptation ou de convalescence | 11 Cabinet de médecin/unité de médecine familiale |
| 05 Centre d'hébergement/de soins prolongés | 12 Établissement d'enseignement |
| 06 Agence de soins à domicile | 13 Association/gouvernement |
| 07 Centre de santé communautaire | 14 Autre |
| | 17 Organisme de santé publique |

PRINCIPALES RESPONSABILITÉS (INDIQUEZ UN SEUL CODE PAR EMPLOYEUR OU LIEU DE TRAVAIL)

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux au poste que vous occupez chez cet employeur.

Employeur ou lieu de travail principal Employeur ou lieu de travail secondaire Autre employeur ou lieu de travail

Soins directs

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 01 Médecine générale/chirurgie | 10 Santé au travail |
| 02 Psychiatrie/santé mentale | 11 Salle d'opération/de réveil |
| 03 Pédiatrie | 12 Soins d'urgence |
| 04 Maternité/pouponnière | 13 Secteurs cliniques divers |
| 05 Gériatrie/soins prolongés | 14 Oncologie |
| 06 Soins intensifs | 15 Réadaptation |
| 07 Santé communautaire | 16 Soins palliatifs |
| 08 Soins ambulatoires | 17 Santé publique |
| 09 Soins à domicile | 19 Autres soins directs |

Administration

- 21 Service infirmier
 22 Enseignement (secteur inf.)
 29 Autre

Éducation (clientèle)

- 31 Élèves
 32 Personnel/employés
 33 Bénéficiaires/patients
 39 Autre

Recherche

- 41 Sciences infirmières seulement
 49 Autre

PRINCIPALES RESPONSABILITÉS (INDIQUEZ UN SEUL CODE PAR EMPLOYEUR OU LIEU DE TRAVAIL)

Inscrivez, pour chaque employeur, le code du secteur correspondant le mieux au poste que vous occupez chez cet employeur.

Employeur ou lieu de travail principal Employeur ou lieu de travail secondaire Autre employeur ou lieu de travail

- 06 Inf. aux./Inf. aux. de service/Inf. en santé communautaire
- 08 Formation/éducation
- 11 Autre
- 12 Coordonnatrice/coordonnateur/responsable des soins
- 13 Inf. aux. spécialisé(e) : Inf. aux. qui possède les accréditations requises pour fournir des soins spécialisés, ex. aide à la dialyse, spécialiste en soins des pieds/podiatry, conseillère en allaitement, inf. aux./technicien en salle d'opération, technicienne en orthopédie, spécialiste en vaccination ou en orthopédie avancée.

LISTE DE VÉRIFICATION

Aux fins de ma demande de renouvellement d'immatriculation complète, je joins les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie A** est remplie au complet, y compris la déclaration de compétence continue)
- Preuve d'immatriculation en règle dans les administrations autres que le Yukon
- Résultats de la vérification du casier judiciaire et de la vérification en vue d'un travail auprès de personnes vulnérables, le cas échéant (exigé tous les cinq ans)
- Droit d'immatriculation exigible au plus tard le 31 janvier – 200 \$**
- Droit d'immatriculation (si payé après le 31 janvier et avant le 31 mars – 240 \$**
- Annexe A : Données de carte de crédit (si le droit est payé par carte de crédit)

Aux fins de ma demande de renouvellement d'immatriculation temporaire, je joins les documents suivants :

- Formulaire de demande dûment signé (la **partie B** est remplie au complet, y compris la date du EAIC et le nom du superviseur)
- Preuve d'immatriculation en règle dans les administrations autres que le Yukon
- Droit d'immatriculation exigible au plus tard le 31 janvier – 200 \$**
- Droit d'immatriculation (si payé après le 31 janvier et avant le 31 mars – 240 \$**
- Annexe A : Données de carte de crédit (si le droit est payé par carte de crédit)

VEUILLEZ IMPRIMER LE PRÉSENT FORMULAIRE ET SIGNER LA DÉCLARATION CI-DESSOUS QUI CONFIRME QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS.

DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Je déclare que les renseignements fournis aux présentes sont complets et exacts.

Signature

Date

Fournir de faux renseignements peut entraîner des conséquences graves, y compris le rejet de votre demande ou la révocation de votre immatriculation.

Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont recueillis en vue de déterminer l'admissibilité à l'immatriculation et de maintenir à jour le registre des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculé(e)s au Yukon, ainsi qu'à des fins de recherche et de statistiques en ce qui a trait aux ressources humaines dans le domaine de la santé. Dans ce dernier cas, l'identité des personnes ne sera pas divulguée. Le cas échéant, tout renseignement divulgué le sera conformément aux modalités prévues par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

Page réservée à des fins d'impression.
Voir la page suivante pour les options de paiement du droit de licence.

La Direction de l'accréditation professionnelle et des affaires réglementaires du gouvernement du Yukon accepte uniquement les paiements par carte de crédit faits par la poste, par téléphone ou par messagerie.

PAR LA POSTE

Accréditation professionnelle et
affaires réglementaires
Ministère des Services aux
collectivités (C-5)
C.P. 2703
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2C6

PAR TÉLÉPHONE

867-667-5111

Sans frais au Yukon :
1-800-661-0408,
poste 5111

PAR MESSAGERIE

Accréditation professionnelle et
affaires réglementaires
Ministère des Services aux
collectivités (C-5)
307, rue Black
Whitehorse (Yukon)
Y1A 2N1

Nous n'acceptons pas les paiements par carte de crédit envoyés par télécopieur ou par courriel.

Nom (en lettres détachées) : _____

Profession : _____ Nouvelle demande Renouvellement Autre

PAIEMENT

Montant _____ \$ (Le montant à payer est indiqué sur le formulaire de demande)

VISA MASTERCARD AMEX

Numéro : _____ Date d'expiration : _____

Signature

**LE GOUVERNEMENT DU YUKON NE PERMET PAS QUE LES DONNÉES DE CARTE DE CRÉDIT SOIENT
CONSERVÉES SUR SUPPORT PHYSIQUE OU ÉLECTRONIQUE.
CES DONNÉES SERONT DÉTRUITES CONFORMÉMENT À LA POLITIQUE DU GOUVERNEMENT DU YUKON
ET AUX NORMES DE SÉCURITÉ SUR LES DONNÉES DE L'INDUSTRIE DES CARTES DE PAIEMENT.**