

RENOUVELLEMENT D'IMMATRICULATION
LOI SUR L'IMMATRICULATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES

Coordonnées

Téléphone : 867-667-5111
Télécopieur : 867-667-3609
Courriel : consumer@gov.yk.ca

Adresse postale

Registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés
Ministère des Services aux collectivités
C.P. 2703 (C-5)

Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6

Adresse municipale

Registraire des infirmières et infirmiers auxiliaires immatriculés
Édifice de droit Andrew-A.-Philipsen
2134 2^e Avenue - 3^e étage
Whitehorse (Yukon)



**RENOUVELLEMENT DE L'IMMATRICULATION
DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS AUXILIAIRES**

Cotisation annuelle 30 \$
Frais de retard 50 \$
Total, après le 31 décembre : 80 \$

Nous vous offrons la possibilité de payer vos frais comptant, par chèque, chèque postdaté, carte de débit ou carte de crédit Visa ou Mastercard.

NE SOYEZ PAS EN RETARD!

**Veillez libeller votre chèque à l'ordre du
« Gouvernement du Yukon ».**

1. Nom : _____ 2. Adresse postale : _____ Téléphone : _____

3. Emploi comme infirmière/infirmier auxiliaire immatriculé(e) (I.A.I.) : à temps plein à temps partiel à titre occasionnel
 Ne travaille pas dans le domaine infirmier

EMPLOI ACTUEL

Situation actuelle En exercice
 Pas en exercice

Situation professionnelle (Encerclez le numéro correspondant)

10 Emploi régulier dans le domaine infirmier
11 Emploi occasionnel dans le domaine infirmier
20 Emploi dans un autre domaine, mais à la recherche d'un emploi dans le domaine infirmier
21 Emploi dans un autre domaine et ne cherche pas d'emploi dans le domaine infirmier
30 Sans emploi et à la recherche d'un emploi dans le domaine infirmier
31 Sans emploi et ne cherche pas d'emploi dans le domaine infirmier

Plusieurs emplois Emplois auprès de plus d'un organisme : Oui Non

LIEU DE TRAVAIL

Indiquez un seul code de secteur d'activité par employeur :

Employeur principal Employeur secondaire Autre employeur

_____ Code postal de l'employeur _____ Code postal de l'employeur _____ Code postal de l'employeur

CODE DE SECTEUR D'ACTIVITÉ

- | | |
|--|---|
| 01 Centre hospitalier (médecine générale, maternité, pédiatrie, psychiatrie) | 08 Bureau de santé au travail dans une 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 Santé communautaire/centre de santé | 14 Autre |

PRINCIPALES RESPONSABILITÉS

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

Employeur principal Employeur secondaire Autre employeur

Soins directs

- 01 Médecine générale/chirurgie
02 Psychiatrie/santé mentale
03 Pédiatrie
04 Maternité/pouponnière
05 Gériatrie/soins prolongés
06 Soins intensifs
07 Santé communautaire
08 Soins ambulatoires

Soins à domicile

- 09 Soins à domicile
10 Santé au travail
11 Salle d'opération/de réveil
12 Soins d'urgence
13 Secteurs cliniques divers
14 Oncologie
15 Réadaptation
16 Soins palliatifs
19 Autre

Administration

- 21 Service infirmier
22 Enseignement infirmier
29 Autre
Éducation
31 Clientèle étudiante
32 Membres du personnel
33 Patients
39 Autre

Recherche

- 41 Sciences infirmières
49 Autre

La présente section doit être remplie par un superviseur/employeur en mesure de confirmer le nombre exact d'heures travaillées à titre d'I.A.I. Si vous avez plus de trois employeurs, veuillez fournir les renseignements relatifs aux autres employeurs au verso du présent formulaire.

Employeur principal : Signature du superviseur/de l'employeur	Employeur secondaire : Signature du superviseur/de l'employeur	Autre employeur : Signature du superviseur/de l'employeur
Nom en lettres détachées	Nom en lettres détachées	Nom en lettres détachées
Titre :	Titre :	Titre :
N ^{bre} d'heures travaillées à titre d'I.A.I. pour l'année en cours :	N ^{bre} d'heures travaillées à titre d'I.A.I. pour l'année en cours :	N ^{bre} d'heures travaillées à titre d'I.A.I. pour l'année en cours :
Poste désigné d'I.A.I. : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Poste désigné d'I.A.I. : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Poste désigné d'I.A.I. : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

Si le poste n'est pas un poste désigné d'I.A.I., veuillez nous soumettre une description de tâche détaillée pour approbation.

FORMATION EN SOINS INFIRMIERS ET AUTRE FORMATION

(Inscrivez le numéro correspondant dans chacune des cases, s'il y a lieu.)

- | | | |
|-----------------|--------------------------|--------------------------------------|
| 01 Diplôme | <input type="checkbox"/> | En soins infirmiers (autre que I.A.) |
| 02 Baccalauréat | <input type="checkbox"/> | Indiquez le plus haut niveau atteint |
| 03 Maîtrise | <input type="checkbox"/> | |
| 04 Doctorat | <input type="checkbox"/> | Autre domaine |
| 05 Aucun grade | <input type="checkbox"/> | Indiquez le plus haut niveau atteint |

AUTRE FORMATION - I.A.I.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous suivi une formation en soins infirmiers auxiliaires menant à un certificat ou un diplôme?

oui non

Titre du programme menant à un certificat ou un diplôme

Établissement d'enseignement _____

Territoire/province _____

Année _____

DÉCISION JUDICIAIRE OU DISCIPLINAIRE

Cochez la case appropriée. Si vous répondez « oui » à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez nous fournir des explications sur une autre feuille et la joindre au présent formulaire.

- Avez-vous, au cours de la dernière année, été reconnu(e) coupable d'un ou de plusieurs actes criminels pour lesquels vous n'avez pas obtenu de pardon? oui non
- Étiez-vous, au cours de la dernière année, dans l'attente d'une décision de la part d'une autorité chargée de l'enregistrement ou de l'immatriculation relativement à de possibles sanctions disciplinaires? oui non
- Avez-vous déjà fait l'objet de sanctions disciplinaires de la part d'une autorité chargée de l'enregistrement ou de l'immatriculation relatives à un métier ou une profession quelconque dans n'importe quel territoire, province, État ou pays? oui non

ATTESTATION

Des renseignements ne permettant pas d'identifier la personne sont transmis à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) à des fins statistiques seulement. Pour de plus amples renseignements sur la collecte de données et les politiques sur la protection de la vie privée de l'ICIS, consultez le site www.cihi.ca.

J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont vrais et complets. Je comprends qu'une fausse déclaration de ma part pourrait être un facteur déterminant dans la décision du registraire quant à mon admissibilité à l'immatriculation.

J'atteste que les renseignements contenus dans le présent formulaire sont vrais et exacts.

Nom en lettres détachées

Date

Signature de la demandeuse/du demandeur