



Pour ce faire, l'infirmière auxiliaire doit :

- avoir réussi une formation théorique et pratique organisée par l'Ordre portant sur les éléments du paragraphe 1 de l'article 3 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire* Étape 1.
- avoir exercé avec succès, au moins 3 fois, chacune des activités professionnelles prévues aux paragraphes 1 à 3 de l'article 2 du *Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire* sous la supervision immédiate d'une infirmière, d'un infirmier ou d'un inhalothérapeute Étape 2.

Le présent document inclut la confirmation de réussite ainsi que les supervisions en milieu clinique. **L'établissement de santé dispensant la formation doit acheminer le document à l'OIIAQ.**

PROGRAMME DE FORMATION

SOINS D'UNE TRACHÉOSTOMIE RELIÉE À UN RESPIRATEUR

ÉTAPE 1 – CONFIRMATION DE RÉUSSITE

Nous certifions que,

Nom de l'infirmière auxiliaire

Numéro de permis

a complété avec succès la formation théorique et pratique d'une durée d'au moins 7 heures, portant sur les soins d'une trachéostomie reliée à un respirateur.

Nom de l'établissement

☎ de l'établissement

AA / MM / JJ

Nom de la formatrice

Signature de la formatrice

Date

ÉTAPE 2 – SUPERVISIONS EN MILIEU CLINIQUE

Art 2, para. 1°Prodiguer les soins d'entretien d'une trachéostomie reliée à un ventilateur lorsque les paramètres de ce ventilateur sont réglés	Art 2, para. 2°Ouvrir un dispositif intégré dans le circuit ventilatoire en vue d'administrer un aérosoldoseur	Art 2, para. 3°Ventiler avec un réanimateur manuel autogonflable relié ou non à une source d'oxygène
Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ
Signature du superviseur	Signature du superviseur	Signature du superviseur
Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ
Signature du superviseur	Signature du superviseur	Signature du superviseur
Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ
Signature du superviseur	Signature du superviseur	Signature du superviseur

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé, soit par courrier électronique ou par la poste à l'adresse suivante :

Service du développement professionnel
Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec
3400, boul. De Maisonneuve Ouest – Bureau 1115
Montréal (Québec) H3Z 3B8

DES QUESTIONS ?

514 282-9511 / 1 800 283-9511, Poste 226
developpement@oiiq.org

Le générique féminin est utilisé dans ce document à l'égard du genre masculin, et ce, dans l'unique but d'alléger le texte.