



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'ENTRETIEN D'UNE TRACHÉOSTOMIE RELIÉE À UN VENTILATEUR

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 de 7 heures, portant sur l'entretien d'une trachéostomie reliée à un ventilateur.

Nom de l'établissement

☎ de l'établissement

Nom de la formatrice

Signature de la formatrice

M / MM / JJ

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 M / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ
Signature du superviseur	Signature du superviseur	Signature du superviseur
Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ
Signature du superviseur	Signature du superviseur	Signature du superviseur
Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ	Date de l'activité supervisée et réussie M / MM / JJ
Signature du superviseur	Signature du superviseur	Signature du superviseur

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