



Ordre des infirmières  
et infirmiers auxiliaires  
du Québec

# PROGRAMME DE FORMATION IMMOBILISATIONS PLÂTRÉES

Pour pouvoir exercer certaines activités professionnelles portant sur Les immobilisations plâtrées, l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire doit être titulaire d'une attestation délivrée par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ).

Pour ce faire, l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire doit :

- avoir réussi une formation théorique et pratique organisée par l'Ordre portant sur les éléments du paragraphe 1 de l'article 7 du Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées en orthopédie par des personnes autres que des médecins - Étape 1
- avoir exercé avec succès 3 (trois) des activités professionnelles prévues aux paragraphes 3 de l'article 7 du Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées en orthopédie par des personnes autres que des médecins - 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.

**TOUS LES CHAMPS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉS AFIN QUE CETTE ATTESTATION SOIT TRAITÉE PAR L'OIIAQ.**

## ÉTAPE 1 – CONFIRMATION DE RÉUSSITE

Nous certifions que,

Nom de l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire

Numéro de permis

a complété avec succès la formation théorique et pratique d'une durée de 90 heures, portant sur les immobilisations plâtrées.

Nom de l'établissement

AA / MM / JJ

Nom de la personne formatrice

Signature de la personne formatrice

Date

## ÉTAPE 2 – SUPERVISION EN MILIEU CLINIQUE

<b>Activité 1</b> (type d'immobilisation plâtrée)	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	

<b>Activité 2</b> (type d'immobilisation plâtrée)	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	

<b>Activité 3</b> (type d'immobilisation plâtrée)	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	

Veuillez retourner ce formulaire dûment rempli et signé par courrier électronique à [developpementprofessionnel@oiiaq.org](mailto:developpementprofessionnel@oiiaq.org)

DES QUESTIONS ? 514 282-9511 • 1 800 283-9511