



# CONTRIBUTION DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE À LA THÉRAPIE INTRAVEINEUSE

Pour pouvoir exercer les activités de contribution à la thérapie intraveineuse, l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire doit recevoir 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 avec succès la formation «*Contribution de l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire à la thérapie intraveineuse*» - ÉTAPE 1
- avoir exercé avec succès - au moins 3 fois - chacune des activités professionnelles indiquées à l'ÉTAPE 2, et ce, sous la supervision immédiate d'une infirmière.

Le présent document inclut la **Confirmation de réussite** ainsi que les détails des **trois (3) supervisions** obligatoires. Lorsque toutes les signatures requises auront été apposées pour chacune des trois activités, **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 d'une durée de 21 heures, portant sur la contribution de l'infirmière ou de l'infirmier auxiliaire à la thérapie intraveineuse.

Nom de l'établissement

Nom de la personne formatrice

Signature de la personne formatrice

AA / MM / JJ

Date

## ÉTAPE 2 – SUPERVISION EN MILIEU CLINIQUE

### Art. 4.1 ° Insérer un cathéter intraveineux périphérique court de moins de 7,5 cm

Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	

### Art. 4.2 ° Administrer une solution intraveineuse sans additif

Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	

### Art. 4.3 ° Installer et irriguer avec une solution isotonique un cathéter intraveineux périphérique court à injection intermittente

Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature de l'infirmière
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
l'infirmière ou l'infirmier auxiliaire	

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

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