Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario
101, chemin Davenport, Toronto (Ontario) M5R 3P1

[**www.cno.org**](http://www.cno.org/)

Téléphone: 416 928-0900

Sans frais au Canada: 1 800 387-5526

Télécopieur: 416 928-6507

**Important :** Vous devez avoir une demande ouverte de catégorie d’affectation spéciale avant de remplir ce formulaire conformément aux instructions ci-dessous. Veuillez noter que vous ne pouvez pas demander à être inscrite dans la catégorie d’affectation spéciale si vous avez déjà été inscrite auprès de l’OIIO dans la catégorie générale, temporaire ou supérieure en tant qu’infirmière autorisée (IA), ou dans la catégorie générale ou temporaire en tant qu’infirmière auxiliaire autorisée (IAA), si vous demandez à être inscrite dans la catégorie d’affectation spéciale dans la même catégorie.

**Comment remplir ce formulaire**

Étape 1 : La candidate remplit la section 1.
Étape 2 : L’employeur remplit la section 2.
Étape 3 : La candidate doit télécharger le formulaire dûment rempli sur le portail en ligne de l’Ordre des infirmières et infirmiers de l’Ontario (OIIO).

**Collecte de renseignements personnels :** Veuillez prendre connaissance de la *Politique de protection des renseignements personnels* affichée sur [**le site Web de l’OIIO**](http://www.cno.org/fr/propos-de-lordre-des-infirmieres-et-infirmiers-de-lontario/confidentialite/politique-de-confidentialite/%29%29) pour comprendre l’usage que l’on fera de vos renseignements personnels.

#  SECTION 1

À remplir par la *candidate* (en lettres moulées).

Nom Prénom

Date de naissance (jj/mm/aaaa) Numéro de la demande

## Certificat d’inscription de la catégorie d’affectation spéciale – Conditions et restrictions

Les titulaires qui exercent dans la catégorie d’affectation spéciale doivent :

1. Exercer la profession uniquement dans le cadre de leur nomination ou de leur affectation spéciale et uniquement dans l’établissement mentionné dans le certificat.
2. Être surveillées et dirigées par une titulaire d’un certificat d’inscription de l’OIIO de catégorie générale ou supérieure :
	* Les personnes inscrites à la catégorie d’affectation spéciale qui exercent en tant qu’IA doivent être surveillées et dirigées par une IA ou une IA de la catégorie supérieure/une infirmière praticienne (IP).
	* Les personnes inscrites à la catégorie d’affectation spéciale qui exercent en tant qu’IPA peuvent être surveillées et dirigées par une IA, une IPA ou une IP.
3. Ne pas accomplir un acte contrôlé ou autorisé, y compris un acte qui leur est délégué, à moins que l’acte ne soit ordonné par une infirmière praticienne ou une infirmière autorisée, selon le cas, ou par une personne autorisée par la *Loi de 1991 sur la podologie*, la *Loi de 1991 sur la dentisterie* ou la *Loi de 1991 sur la médecine,* ou la *Loi de 1991 sur les sages-femmes.*
4. Ne pas superviser, surveiller ou diriger l’exécution d’un acte autorisé ou contrôlé ou l’exercice d’une autre personne inscrite dans une catégorie quelconque.
5. Ne pas déléguer à une autre titulaire ou à toute autre personne le pouvoir d’accomplir un acte contrôlé ou autorisé.
6. Toujours s’identifier comme titulaires d’une affectation spéciale lorsqu’elles fournissent des services de soins infirmiers.
7. N’utiliser le titre suivant que s’il est pertinent :
	* Infirmière autorisée (affectation spéciale) ou IA (affectation spéc.) lorsqu’elles sont titulaires d’un certificat d’inscription d’affectation spéciale en tant qu’infirmière diplômée, ou
	* Infirmière auxiliaire autorisée (affectation spéciale) ou IAA (affect. spéc.) lorsqu’elles sont titulaires d’un certificat d’affectation spéciale d’inscription en tant qu’IAA.

Moi,      , certifie par la présente que je suis la personne qui demande un certificat d’inscription dans la catégorie d’affectation spéciale et que toutes les déclarations figurant dans le présent formulaire sont véridiques et complètes à tous égards. Je comprends que la falsification, la fausse déclaration ou la fourniture d’informations trompeuses en toute connaissance de cause dans la présente demande peut entraîner l’annulation de ma demande d’inscription. Je déclare avoir lu et compris les conditions et restrictions applicables à tous les certificats d’inscription dans la catégorie d’affectation spéciale.

Si l’on m’accorde un certificat d’inscription dans la catégorie d’affectation spéciale pour exercer dans l’établissement nommé dans le présent formulaire ou pour celui-ci, j’accepte la responsabilité de m’assurer que ma pratique sera surveillée et dirigée par un titulaire de la catégorie générale ou supérieure de l’OIIO, selon le cas, et que j’exercerai conformément aux conditions et restrictions énoncées dans ce certificat.

J’accepte et je comprends qu’à compter de la date à laquelle j’ai rempli la présente demande, je suis tenue de fournir au directeur général les détails de toute nouvelle information qui modifierait ma réponse à une question de la déclaration sur la déclaration après le dépôt de ma demande et jusqu’à la délivrance d’un certificat d’inscription. Je comprends que cette exigence sera maintenue même après la date de délivrance de mon certificat d’inscription.

Signature de la candidate :       Date (jj/mm/aaaa) :

#  SECTION 2: NOMINATION OU AFFECTATION SPÉCIALE

À remplir par l’*employeur potentiel* et à renvoyer à la candidate (en caractères d’imprimerie).

Les candidates de la catégorie d’affectations spéciale doivent avoir une nomination ou une affectation spéciale d’un établissement décrit ci-dessous (voir l’annexe 1 du Règlement de l’Ontario 275/94) ou approuvé par l’OIIO. Des liens vers les sites gouvernementaux utilisés par l’OIIO pour confirmer le statut des installations sont disponibles sur notre site Web à l’adresse suivante : [**www.cno.org/fr**](https://www.cno.org/fr). Veuillez remplir toutes les informations demandées et **cocher la case appropriée ci-dessous**. Si votre établissement est introuvable, veuillez cocher la case « Autres » et identifier le type d’établissement dans l’espace prévu à cet effet. L’OIIO peut vous contacter pour vous demander des informations supplémentaires sur votre établissement afin de déterminer s’il peut être approuvé. REMARQUE : L’OIIO n’acceptera pas les formulaires de nomination ou d’affectation spéciale provenant d’agences de dotation en personnel infirmier où les titulaires de la catégorie d’affectation spéciale sont engagées pour fournir des services à des clients pour le compte d’organisations tierces.

Établissement Site web

Adresse Numéro de téléphone (poste)

Ville Numéro de télécopieur

Province Code postal Adresse électronique du contact de l’établissement

Prénom du contact de l’établissement Nom du contact de l’établissement

## Facility Type

[ ]  Conseils en vertu de la *Loi sur l’éducation*

[ ]  Conseils de santé en vertu de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*

[ ]  Établissements de santé autonomes dans le cadre de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*

[ ]  Foyers de soins de longue durée en vertu de la *Loi de 2021 sur la réforme des soins de longue durée*

[ ]  Établissements psychiatriques en vertu de la *Loi*

 *sur la santé mentale*

[ ]  Hôpitaux relevant de la *Loi sur les hôpitaux publics*

[ ]  Établissements financés par le ministère de la Santé

 et des Soins de longue durée en tant que centres de santé communautaires (CSC), cliniques dirigées par des infirmières praticiennes ou équipes de santé familiale, et médecins financés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée – accords sur les plans de paiement alternatif des soins primaires

[ ]  Agences, conseils et commissions tels que définis par le gouvernement de l’Ontario

[ ]  Établissements d’enseignement postsecondaire

[ ]  Autres

Si vous sélectionnez « Autres », veuillez décrire le cadre de la pratique (par exemple, santé mentale, soins à domicile ou services de proximité, clinique spécialisée dans les maisons de retraite, etc.) :

Si vous sélectionnez « Autres », veuillez décrire le type de services fournis par l’établissement et les principaux rôles/responsabilités de la personne inscrite à la catégorie temporaire :

## Nom complet de la candidate à qui vous proposez un emploi

Last name First name

La titulaire exercera dans l’établissement en tant que :

(catégorie d’infirmière)

Dates de nomination ou d’affectation : du : (jj/mm/aaaa):      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au : (jj/mm/aaaa):      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Veuillez confirmer les points suivants en cochant **Oui** ou **Non :**

1. Il y a au moins une infirmière inscrite auprès de l’OIIO dans la catégorie générale ou supérieure, et employée par votre établissement, responsable du suivi et de l’orientation de la pratique de la titulaire de la catégorie d’affectation spéciale. Le suivi et l’orientation de la pratique comprennent l’enseignement des compétences requises, la rétroaction, la disponibilité pour la consultation et le soutien, et le rôle de ressource, de modèle, de mentore et d’accompagnatrice. Consultez les ressources de l’OIIO sur le soutien aux apprenantes pour obtenir des informations sur le soutien, le mentorat et l’enseignement aux apprenantes. Lors du suivi et de l’orientation de la pratique, veuillez noter :
	* Plusieurs infirmières peuvent surveiller et diriger la pratique d’une personne inscrite à titre temporaire. Les IA et les IP peuvent surveiller et diriger la pratique d’une IA de catégorie temporaire, tandis que les IA, les IPA et les IP peuvent surveiller et diriger la pratique d’une IPA de catégorie temporaire.

.

* + La pratique du contrôle peut être directe ou indirecte. Elle est basée sur les besoins du titulaire de la catégorie temporaire, sur les rôles et responsabilités requis et sur les exigences du milieu de travail. Le suivi et l’orientation indirects signifient qu’une infirmière inscrite auprès de l’OIIO est facilement disponible pour consultation, mais qu’elle n’est pas directement aux côtés de l’infirmière inscrite.
1. Votre établissement fournit des soins aux clients et dispose d’un ensemble général de politiques, de procédures et d’attentes concernant la manière de fournir des services de soins de santé ou de pratiquer dans votre établissement, que ce soit dans un seul milieu/site de travail ou dans différents sites gérés par votre établissement ou sous contrat avec celui-ci. Remarque : Ce chiffre n’inclut pas les infirmières recrutées par des agences de recrutement.

1. Les représentants de l’établissement et toute autre personne impliquée dans le suivi et l’orientation du titulaire de la catégorie d’affectation spéciale ont lu et compris les conditions et restrictions du certificat d’inscription de la catégorie d’affectation spéciale tels qu’ils sont décrits ci-dessus.

1. Les représentants de l’établissement comprennent vos obligations en matière de déclaration en tant qu’exploitant d’établissement et employeur d’infirmières. Voir le [**guide des rapports**](https://www.cno.org/fr/proteger-la-population/deposer-un-rapport/guide-sur-lobligation-de-deposer-un-rapport/) de l’OIIO.

En tant que représentant de l’établissement/employeur potentiel mentionné dans le présent formulaire et investi d’une autorité suffisante, je certifie par la présente que toutes les informations fournies dans le présent formulaire sont véridiques, exactes et complètes. Je déclare en outre que si la candidate nommée dans le présent formulaire obtient un certificat d’inscription dans la catégorie d’affectation spéciale pour exercer dans notre établissement ou pour celui-ci, nous acceptons la responsabilité de veiller à ce que sa pratique soit surveillée et dirigée par une titulaire dûment qualifiée de la catégorie générale ou supérieure de l’OIIC et que la titulaire de la catégorie d’affectation spéciale exerce conformément aux conditions et restrictions énoncées dans ce certificat.

***Nous utiliserons l’adresse électronique de l’employeur que vous avez fournie ci-dessus pour vous informer de l’expiration de l’inscription à la catégorie d’affectation spéciale de la personne inscrite.***

Nom Titre

Signature Date (jj/mm/aaaa)