



Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick

165, rue Regent, Fredericton (Nouveau-Brunswick) Canada E3B 7B4
Tél.: (506) 458-8731 Télécopieur: (506) 459-2838 Sans frais au Nouveau-Brunswick: 1-800-442-4417
Courriel: aiinb@aiinb.nb.ca www.aiinb.nb.ca

RENOUVELLEMENT D'IMMATRICULATION 2010

S.V.P. REMPLIR TOUTE LA FORMULE ET CORRIGER SI NÉCESSAIRE LES DONNÉES DÉJÀ IMPRIMÉES

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. INFORMATION GÉNÉRALE : Nom et adresse postale :

Nom de
fille:

Autre(s)
Nom(s):

Tél.
(Domicile) :

Tél.
(Travail):

Télé-
copieur:

Courriel:

**2. N° D'IMMATRICULATION
AU N.-B. :**

**3. COMPÉTENCES
LINGUISTIQUES :**

1. Unilingue anglais
2. Unilingue français
3. Couramment bilingue (première langue ang.)
4. Couramment bilingue (première langue fr.)
5. Fonctionnellement bilingue (première langue ang.)
6. Fonctionnellement bilingue (première langue fr.)

4. SEXE :

**5. DATE DE
NAISSANCE :**
Jour / Mois / Année

**6. JE DÉSIRES
RECEVOIR LA
DOCUMENTATION
EN :**

1. H
2. F

___ / ___ / ___

1. Anglais
2. Français

Veillez cocher une case
seulement.

7. STATUT PROFESSIONNEL :

Les cotisations, incluant T.V.H., doivent être reçues à l'AIINB au plus tard le 1^{er} déc. 2009. Veuillez prévoir 3-4 semaines pour la remise du certificat. Aucun remboursement ne sera fait après le 31 déc. Payez en dollars canadiens seulement.

1. IMMATRICULATION droit total de 393,00 \$ (après le 31 déc. 449,50\$). Cotisations réduites après le 1^{er} juillet.
2. MEMBRE NON ACTIF droit total de 45,20 \$ (après le 31 déc. 56,50\$). – Ajouter 60,78 \$ pour devenir membre de l'AIC.
3. MEMBRE À LA RETRAITE – Sans frais.
4. DÉMISSION

**8. HEURES
TRAVAILLÉES
EN SOINS
INFIRMIERS :**

Je déclare que les renseignements suivants sont une représentation exacte des heures que j'ai travaillées, à l'exclusion des vacances ou de tout congé. Notez : Si vous avez travaillé à l'extérieur du Nouveau-Brunswick en 2009 et que vous demandez une immatriculation à titre de membre actif, veuillez demander à votre organisme professionnel de faire parvenir directement à l'AIINB une attestation d'immatriculation et demandez à votre employeur de faire parvenir directement à l'AIINB une attestation des heures travaillées par année.

1^{er} jan. au 31 déc., 2009: _____ heures (employeur primaire) _____

1^{er} jan. au 31 déc., 2009: _____ heures (employeur secondaire) _____

Heures indiquées pour les années précédentes 2008 _____ 2007 _____ 2006 _____ 2005 _____

**9. PROGRAMME DE
MAINTIEN DE LA
COMPÉTENCE :**

J'ai évalué ma pratique et j'ai élaboré, mis en oeuvre
et évalué un plan d'apprentissage pour 2009

Oui

Non

**10. DEPUIS LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ DEMANDÉ VOTRE
IMMATRICULATION, AVEZ- VOUS ÉTÉ INCULPÉE OU DÉCLARÉE
COUPABLE D'UNE INFRACTION CRIMINELLE?**

Non

Oui*

*IMPORTANT:

Veillez communiquer avec la Registraire en
composant le 1-800-442-4417 ou le 458-8731

11. FORMATION INFIRMIÈRE DE BASE

PROGRAMME

ANNÉE

1. Diplôme
menant à Inf. I. _____
2. Baccalauréat
menant à Inf. I. _____
3. Maîtrise
menant à Inf. I. _____

Indiquez la province ou le pays
d'obtention du diplôme :

**12. FORMATION APRÈS LA FORMATION
DE BASE EN SCIENCES INFIRMIÈRES**

PROGRAMME

ANNÉE

1. Baccalauréate _____
2. Maîtrise _____
3. Doctorat _____
4. Certificat/diplôme *
(300 Hrs ou plus)
(préciser) _____
5. Certification de l'AIC
(préciser) _____
6. Aucun

**13. FORMATION AUTRE QU'EN
SCIENCES INFIRMIÈRES**

PROGRAMME

ANNÉE

1. Baccalauréate _____
2. Maîtrise _____
3. Doctorate _____
4. Certificat/diplôme *
(300 Hrs ou plus)
(préciser) _____
5. Aucun

* Il doit s'agir de certificat approuvé par une autorité telle qu'un établissement d'enseignement ou une association professionnelle.

Ne pas séparer

Voir au verso

Ne pas séparer

14. MODE DE PAIEMENT : Argent comptant Chèque Mandat-poste Retenue à la source Carte de crédit *

• Paiement par:

Numéro de Carte de crédit

Date d'expiration

VISA MasterCard

Montant

_____ \$

Nom sur
la carte _____

Signature du
titulaire de la
carte

X _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI ACTUEL EN SOINS INFIRMIERS

15. EMPLOI ACTUEL EN SOINS INFIRMIERS: Avez-vous plus d'un emploi? Oui Non

LIEU D'EMPLOI PRIMAIRE

Nom de l'établissement _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Téléphone (____) _____ - _____

LIEU D'EMPLOI SECONDAIRE

Nom de l'établissement _____
 Adresse _____
 Ville _____
 Province _____ Code postal _____
 Téléphone (____) _____ - _____

16. EMPLOI: Indiquer le numéro correspondant dans la case appropriée :

Lieu d'emploi primaire Lieu d'emploi secondaire

- | | | | | |
|--|--|-----------------------------|--|--------------------------|
| TEMPS PLEIN | TEMPS PARTIEL | TEMPORAIRE | OCCASIONNEL | ABSENCE AUTORISÉE |
| 1. temps plein par choix | 3. temps partiel par choix | 5. Temps partiel temporaire | 7. occasionnel par choix | 10. Congé de maternité |
| 2. temps plein cherchant temps partiel | 4. temps partiel cherchant temps plein | 6. Temps plein temporaire | 8. occasionnel cherchant temps partiel | 11. Congé de maladie |
| | | | 9. occasionnel cherchant temps plein | 12. Congé d'invalidité |
| | | | | 13. Autre: _____ |

17. LIEU D'EMPLOI :

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Primaire | Secondaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. Hôpital général
 2. Centre de réadaptation
 3. Hôpital psychiatrique
 4. Programme Extra-Mural
 5. Établissements résidentiels
 6. Foyer de soins / Anciens combattants
 7. Services de santé publique
 8. Ordre des infirmières de Victoria
 9. Centre de services de santé
 10. Clinique de santé mentale
 11. Cabinet d'un médecin/ Unité de médecine familiale
 12. Milieu de travail / Industrie
 13. Établissement d'enseignement
 14. À mon compte
 15. Association
 16. Gouvernement
 17. Centre de désintoxication
 18. Établissement correctionnel féd. / prov.
 19. Forces armées
 20. Organisme offrant des soins à domicile / Service privé
 21. Centre de santé communautaire
 22. Établissement satellite
 23. Autre(s) (préciser)

18. GENRE D'EMPLOI ACTUEL:

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Primaire | Secondaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
1. Infirmière en santé communautaire / Inf. de chevet / Service général
 2. Infirmière chef / Gestionnaire d'unité
 3. Instructrice / Professeur / Éducatrice
 4. Surveillante / Coordinatrice
 5. Infirmière clinicienne spécialisée
 6. Directrice / Directrice adjointe
 7. Responsable principale des soins infirmiers / Dir. générale
 8. Consultante
 9. Chercheuse
 10. Infirmière praticienne (I.P.)
 11. Autre(s) (préciser)

19. DOMAINE PRINCIPAL DE L'EXERCICE ACTUEL :

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Primaire | Secondaire |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- SOINS GÉNÉRAUX AUX PATIENTS:**
1. Médecine / Chirurgie
 2. Maternité / Pouponnière
 3. Santé mentale / Psychiatrie
 4. Pédiatrie
 5. Bloc opératoire
 6. Soins ambulatoires (Clin. ext., chirurgie de jour)
 7. Gériatrie / Soins de longue durée
 8. Salle de récupération
 9. Soins de réadaptation
 10. Pharmacodépendance
 11. Équipe flottante / Plusieurs unité de soins
 12. Santé communautaire
 13. Santé au travail
 14. Soins spéciaux / Soins intensifs
 15. Oncologie
 16. Télésoins
 17. Salle d'urgence
 18. Dialyse / Néphrologie
 19. Soins palliatifs
 20. Autres soins aux patients
- ADMINISTRATION:**
21. Admin. formation inf.
 22. Admin. services inf.
 23. Autre admin.
- ENSEIGNEMENT:**
24. Programme pour étudiantes
 25. Prog. pour employées
 26. Programmes patient/client
- RECHERCHE:**
27. Recherche en soins infirmiers
 28. Autre recherche
- AUTRE:**
29. Planification des départs
 30. Prévention des infections
 31. Informatique
 32. Autre(s) (préciser)

NON EMPLOYÉE EN SOINS INFIRMIERS

20. CHERCHEZ-VOUS UN EMPLOI EN SOINS INFIRMIERS? Oui Non Veuillez indiquer votre situation actuelle.

- | | | |
|---|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Sans emploi | 3. <input type="checkbox"/> Désire suivre un cours de réintégration | 5. <input type="checkbox"/> Cherche un emploi dans un domaine autre que les soins infirmiers |
| 2. <input type="checkbox"/> Employée dans un domaine autre que les soins infirmiers | 4. <input type="checkbox"/> Retraitée | |

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-HAUT SONT EXACTS.

Je comprends qu'afin de remplir son mandat de protection du public que lui confère la *Loi sur les infirmières et infirmiers*, l'AIINB recueille, utilise et divulgue des renseignements personnels pour répondre aux besoins relativement à la réglementation professionnelle, à la recherche, aux statistiques, à la formation, à la planification et à la base de données en soins infirmiers et pour fournir ou offrir des services directement à ses membres ou par le truchement de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de la Société de protection des infirmières et infirmiers du Canada, de Meloche Monnex et d'autres organismes lorsque l'AIINB estime que de tels services pourraient intéresser ses membres. Je comprends que je peux communiquer avec l'AIINB à tout moment pour vérifier l'usage ou la divulgation des renseignements que je fournis à l'AIINB.

Date: _____ Signature: _____