



CONTRIBUTION DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE À LA THÉRAPIE INTRAVEINEUSE

Pour pouvoir exercer les activités de contribution à la thérapie intraveineuse, l'infirmière auxiliaire doit recevoir une attestation délivrée par l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ).

Pour ce faire, l'infirmière auxiliaire doit :

- avoir réussi avec succès la formation «*Contribution de l'infirmière 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.**

ÉTAPE 1 – CONFIRMATION DE RÉUSSITE

Nous certifions que,

Nom de l'infirmière 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 de l'enseignement

AA / MM / JJ

Nom de la formatrice

Signature de la formatrice

Date

ÉTAPE 2 – SUPERVISION EN MILIEU CLINIQUE

Art. 4 1° Insérer un cathéter intraveineux périphérique court de moins de 7,5 cm

Art. 4 2° Administrer une solution intraveineuse sans additif

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

| | |
|--|---------------------------|
| Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ | Signature de l'infirmière |
| Nom de l'établissement | |
| Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ | Signature de l'infirmière |
| Nom de l'établissement | |
| Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ | Signature de l'infirmière |
| Nom de l'établissement | |

| | |
|--|---------------------------|
| Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ | Signature de l'infirmière |
| Nom de l'établissement | |
| Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ | Signature de l'infirmière |
| Nom de l'établissement | |
| Date de l'activité supervisée et réussie AA / MM / JJ | Signature de l'infirmière |
| Nom de l'établissement | |

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

DES QUESTIONS ?