



# PROGRAMME DE FORMATION

## SOINS D'UNE TRACHÉOSTOMIE RELIÉE À UN RESPIRATEUR

Pour pouvoir exercer certaines activités professionnelles portant sur les soins d'une trachéostomie reliée à un respirateur, 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 3 du « Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou un infirmier auxiliaire » - Étape 1.
- avoir exercé avec succès, au moins 3 fois, chacune des activités professionnelles prévues aux paragraphes 1 à 3 de l'article 2 du « Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par une infirmière ou infirmier auxiliaire sous la supervision immédiate d'une infirmière, d'un infirmier ou d'un inhalothérapeute » - 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 d'au moins 7 heures, portant sur les soins d'une trachéostomie reliée à un respirateur.

Nom de l'établissement

AA / MM / JJ

Nom de la personne formatrice

Signature de la personne formatrice

Date

### ÉTAPE 2 – SUPERVISION EN MILIEU CLINIQUE

**Art. 21 ° Prodiguer les soins d'entretien d'une trachéostomie reliée à un ventilateur lorsque les paramètres de ce ventilateur sont réglés**

Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	

**Art. 22 ° Ouvrir un dispositif intégré dans le circuit ventilatoire en vue d'administrer un aérosoldoseur**

Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	

**Art. 23 ° Ventilier avec un réanimateur manuel autogonflable relié ou non à une source d'oxygène**

Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	
Date de l'activité supervisée et réussie	Signature du superviseur
AA / MM / JJ	
Nom de l'établissement	
Nom du superviseur	
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@oiiq.org](mailto:developpementprofessionnel@oiiq.org)

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