

INSCRIPTION DES STAGIAIRES

Année académique :

Spécifique à l'inhalothérapie

Enregistrer le formulaire avant de débiter la saisie

Aux utilisateurs d'ordinateurs Mac | Une incompatibilité entre l'environnement Windows et MAC pourrait corrompre le formulaire. Pour éviter cette situation, assurez-vous de : 1) Télécharger Acrobat Reader, 2) Télécharger à nouveau le formulaire, 3) Ouvrir le formulaire avec Acrobat Reader

Le CHUM applique un programme d'accès aux personnes handicapées. Des mesures d'adaptation pourront être offertes sur demande selon la situation.

SECTION 1 IDENTIFICATION

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Compléter la section 8

SECTION 2 ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT/REQUÉRANT

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Établissement d'enseignement/Requérant :

Si autre :

Représentant :

Titre :

Téléphone :

Poste téléphonique :

Courriel :

SECTION 3 MODALITÉS DE STAGE

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Provenance du stagiaire : Québec Autre province du Canada International

Type de stage : Pratique Observation Perfectionnement Équivalence Exploration carrière

Rémunération : Non rémunéré Rémunéré par le CHUM*

Programme d'études : Spécialité du stage : voir section 8

Niveau scolaire : DEC AEC Secondaire

Année : 1^{re} 2^e 3^e 4^e 5^e S/O

SECTION 4 COMMENTAIRES

À COMPLÉTER PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 5 – ACCEPTATION DU STAGE (Réserver au CHUM)

À COMPLÉTER PAR LE GESTIONNAIRE / COORDONNATEUR CHUM

SERVICE D'INHALOTHÉRAPIE

Direction : DSM

Service : Inhalothérapie

Site : CHUM-Centre hospitalier de l'Université de Montréal

INFORMATIONS

Spécialités : Soins respiratoires, Soins intensifs

Nom du gestionnaire du service Inhalothérapie :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Nom du coordonnateur du stage :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Spécialités : Anesthésie

Nom du gestionnaire du service Inhalothérapie :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Nom du coordonnateur du stage :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Spécialités : Épr dx – Physiologie respiratoire

Nom du gestionnaire du service Inhalothérapie :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

Nom du coordonnateur du stage :

Poste téléphonique :

Courriel :

@ssss.gouv.qc.ca

SECTION 6 – FORMATIONS OBLIGATOIRES PRÉ-STAGE

Confirmer au stagiaire les formations obligatoires en ligne avant le début du stage.

SECTION 7 – TRANSMISSION DU FORMULAIRE

Faire parvenir le formulaire par courriel à l'adresse :

enseignement.interprofessionnel.chum@ssss.gouv.qc.ca

Date :

N° de groupe
(usage SAAE)

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 1

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 2

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 3

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 4

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 5

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 6

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 7

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 8

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 IDENTIFICATION D'UNE COHORT

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 9

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 10

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 11

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 12

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 13

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 14

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM

SECTION 8 – IDENTIFICATION D'UNE COHORTE

À REMPLIR PAR LE COORDONNATEUR DE L'ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

STAGIAIRE 15

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

STAGIAIRE 16

Nom : _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance :** _____ **Sexe :** F M
Code permanent : _____ **Cellulaire :** _____ **Courriel :** _____
Adresse : _____
Besoin d'un casier : Oui Non

Spécialités du stage (à cocher)

Anesthésie <input type="checkbox"/>	Épr dx – Physiologie respiratoire <input type="checkbox"/>	Soins intensifs <input type="checkbox"/>	Soins respiratoires <input type="checkbox"/>
Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :	Date de début : Date de fin : Nombre total de jours :
Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :	Modification début : Modification fin : Date d'annulation : Nombre total de jours :

Retourner par courriel au coordonnateur de stage d'Inhalothérapie du CHUM