



# Formulaire d'inscription 2010

## Compléter un formulaire par établissement

Nom de l'établissement :

Adresse de l'établissement :

| No   | Rue        | Ville                            | Province   | Code postal                      |
|--|------------|----------------------------------|--|----------------------------------|
| <b>Prénom</b>  | <b>Nom</b> | <b>Téléphone</b>                 | <b>Courriel</b><br>inscrire l'adresse externe<br>Ex : (xxxx@ssss.gouv.qc.ca)   | Années<br>d'expérience<br>en PCI |
| 1 <sup>er</sup>  |            | (____) ____-____<br>Poste : ____ | <input type="checkbox"/> Renouvellement : inscrire<br>votre # membre ____<br><input type="checkbox"/> Nouveau membre |                                  |
| Adresse de l'installation si différente de l'établissement |            |                                  |  |                                  |
| 2 <sup>e</sup>   |            | (____) ____-____<br>Poste : ____ | <input type="checkbox"/> Renouvellement : inscrire<br>votre # membre ____<br><input type="checkbox"/> Nouveau membre |                                  |
| Adresse de l'installation si différente de l'établissement |            |                                  |  |                                  |
| 3 <sup>e</sup>   |            | (____) ____-____<br>Poste : ____ | <input type="checkbox"/> Renouvellement : inscrire<br>votre # membre ____<br><input type="checkbox"/> Nouveau membre |                                  |
| Adresse de l'installation si différente de l'établissement |            |                                  |  |                                  |
| 4 <sup>e</sup>   |            | (____) ____-____<br>Poste : ____ | <input type="checkbox"/> Renouvellement : inscrire<br>votre # membre ____<br><input type="checkbox"/> Nouveau membre |                                  |
| Adresse de l'installation si différente de l'établissement |            |                                  |  |                                  |
| 5 <sup>e</sup>   |            | (____) ____-____<br>Poste : ____ | <input type="checkbox"/> Renouvellement : inscrire<br>votre # membre ____<br><input type="checkbox"/> Nouveau membre |                                  |
| Adresse de l'installation si différente de l'établissement |            |                                  |  |                                  |

N.B. Au besoin, utiliser une deuxième feuille s'il y a plus de 5 membres dans l'établissement

**Veillez indiquer la région administrative où vous exercez :**

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> (01) Bas St-Laurent               | <input type="checkbox"/> (06) Montréal                | <input type="checkbox"/> (11) Gaspésie - Île de la Madeleine | <input type="checkbox"/> (16) Montérégie                    |
| <input type="checkbox"/> (02) Saguenay-Lac St-Jean         | <input type="checkbox"/> (07) Outaouais               | <input type="checkbox"/> (12) Chaudière - Appalaches         | <input type="checkbox"/> (17) Nunavik                       |
| <input type="checkbox"/> (03) Capitale-Nationale           | <input type="checkbox"/> (08) Abitibi - Témiscamisque | <input type="checkbox"/> (13) Laval                          | <input type="checkbox"/> (18) Terres-Cries-de-la-Baie-James |
| <input type="checkbox"/> (04) Mauricie et Centre du Québec | <input type="checkbox"/> (09) Côte - Nord             | <input type="checkbox"/> (14) Lanaudière                     | <input type="checkbox"/> Autre : _____                      |
| <input type="checkbox"/> (05) Estrie                       | <input type="checkbox"/> (10) Nord du Québec          | <input type="checkbox"/> (15) Laurentides                    |   |

**SVP** Veillez indiquer si l'inscription est défrayé par : L'employeur  Le membre

Retournez ce formulaire avec votre paiement fait à l'ordre de l'AIPQ à l'adresse suivante :

**AIPQ**  
CP 29056  
Québec (Qc)  
G1B 3V7

**À L'usage de l'AIPQ seulement**

Date de réception : \_\_\_\_\_

Site web: \_\_\_\_\_ Bottin : \_\_\_\_\_ Liste excel : \_\_\_\_\_

Reçu fait et envoyé le: \_\_\_\_\_



# Inscription 2010

## Historique

La fonction d'infirmière en prévention et contrôle des infections a pris naissance au Québec dans les années 70 et depuis plus de 35 ans ce rôle ne cesse d'évoluer. De 12 membres au départ, l'AIPI compte en 2009 plus de 400 membres au sein de son association. En tant que membre, vous bénéficiez d'une plate-forme exceptionnelle pour échanger avec vos collègues et être informé de l'évolution de différents dossiers régionaux, provinciaux et fédéraux. L'AIPI travaille à aider ses membres à améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé du Québec. En espérant que vous vous joindrez à nous en 2009 pour une profession encore plus forte.

## Objectifs 2009-2010

- Développer et soutenir la compétence de la conseillère en PCI.
- Favoriser l'implication des membres de l'AIPI aux différents dossiers et groupes de travail.
- Mettre en place un groupe d'intérêt en CHSLD

## Modalités d'adhésion et admissibilité

- L'admissibilité couvre la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre de chaque année.
- Le coût annuel d'adhésion individuelle est de 60.00\$.
- Le coût annuel d'adhésion institutionnelle est :
  - 100.00\$ pour deux (2) membres d'un même établissement
  - 135.00\$ pour trois (3) membres d'un même établissement
  - 170.00\$ pour quatre (4) membres d'un même établissement
  - 30.00\$ par membre additionnel pour un établissement comptant plus de 4 membres
  - 500.00\$ pour un tarif corporatif **s'appliquant aux compagnies seulement** (nombre illimité de représentants d'une même compagnie)
- L'inscription ou le renouvellement est admis du 1<sup>er</sup> novembre au 31 décembre.
- Pour les demandes d'admission hors Canada, un envoi postal international en dollars canadiens est requis.

## Définitions

- Membre actif :** Toute infirmière intéressée à la prévention des infections
- Membre associé :** Toute personne intéressée à la prévention des infections et dont les fonctions sont reliées au domaine de la santé.
- Établissement :** Toute entité juridique détenant un permis du ministère de la Santé et des Services sociaux pour gérer des services correspondant aux différentes missions (CHU, CSSS, Institut, CR, etc..).
- Installation :** Tout lieu physique où sont dispensés des soins de santé et de services sociaux à la population du Québec, dans le cadre d'une ou plusieurs missions.