

DEMANDE D'ORIENTATION POUR LES ENSEIGNANTS

SECTION 1 ÉTABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT

Cette section est réservée uniquement aux établissements d'enseignement. Bien vouloir fournir toutes les informations demandées.

Date de la demande :

1-Informations générales	Établissement d'enseignement :	Type de stage :
	Nom du coordonnateur demandeur :	Année de formation :
2-Informations sur le stage	Établissement de santé :	Date de début du stage :
	Unité de soins :	No HSPnet du stage :
	Spécialité :	
3-Informations sur l'enseignant: Nom de l'enseignant : @ :		
Expérience en enseignement : Dans l'établissement de santé : Oui Non Unité de soins : Oui Non Spécialité : Oui Non Fréquenté depuis : Fréquenté depuis : Fréquenté depuis :		
Expérience comme employé : Dans l'établissement de santé : Non Actuelle : Antérieure : Fréquenté depuis : Unité(s) de soins :		
Précisions supplémentaires :		

4-Informations pour la demande	<input type="checkbox"/> Orientation générale :	Date :							
	<input type="checkbox"/> Théorie :	Site :							
	<input type="checkbox"/> Journée d'orientation								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Première partie</th> <th>Deuxième partie (lorsque requis)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Type d'orientation:</td> <td>Type d'orientation:</td> </tr> <tr> <td>Nombre de quart de jour demandé :</td> <td>Nombre de quart de jour demandé :</td> </tr> <tr> <td>Nombre de quart de soir demandé :</td> <td>Nombre de quart de soir demandé :</td> </tr> </tbody> </table>		Première partie	Deuxième partie (lorsque requis)	Type d'orientation:	Type d'orientation:	Nombre de quart de jour demandé :	Nombre de quart de jour demandé :	Nombre de quart de soir demandé :
Première partie	Deuxième partie (lorsque requis)								
Type d'orientation:	Type d'orientation:								
Nombre de quart de jour demandé :	Nombre de quart de jour demandé :								
Nombre de quart de soir demandé :	Nombre de quart de soir demandé :								
Disponibilités (offrir au minimum 1 quart de disponibilité de plus que de quarts demandés)									
Jour :									
Soir :									
Commentaires en lien avec la demande :									

SECTION 2: MILIEU DE STAGE

Cette section est réservée uniquement au milieu de stage. Bien vouloir choisir la ou les date(s) correspondante(s) au nombre de journée d'orientation indiquée au point 4

5-Informations de confirmation	Nom du chef d'unité :			
	Date	Heure (hh :mm)	Nom de l'infirmière	Libération