



Ordre
des Sages-Femmes
du Québec

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EQUIVALENCE
EN PRATIQUE SAGE-FEMME DANS LE CADRE DE L'ARRANGEMENT
ENTRE LE QUÉBEC ET LA FRANCE (ARM)

Nous vous invitons à remplir le formulaire d'équivalence
en pratique sage-femme
Ce formulaire permettra de compléter votre dépôt de dossier
à l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ)

MARCHE À SUIVRE

- Vous devez enregistrer le formulaire en ligne sur votre ordinateur.
- Vous pouvez alors répondre aux différentes questions.
- Nous vous remercions d'éviter l'utilisation des abréviations.
- Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à une question, veuillez s'il vous plaît utiliser la section 8 « Commentaires ».
- Le temps estimé pour remplir le formulaire est d'environ une heure.
- Une fois rempli, vous nous transmettez le formulaire par la poste ainsi que les documents nécessaires à l'ouverture de votre dossier accompagnés de votre paiement à l'adresse suivante :

Ordre des Sages-femmes du Québec
A l'attention du Comité d'admission
1200, ave Papineau, bureau 450
Montréal (QC) H2K 4R5

Le Comité d'admission de l'OQSF
Janvier 2016

Note : le féminin est utilisé dans ce document sans discrimination et uniquement pour alléger le texte.



FORMULAIRE DE DEMANDE D'EQUIVALENCE
EN PRATIQUE SAGE-FEMME

NOTE IMPORTANTE
VEUILLEZ ENGISTRER LE DOCUMENT SUR VOTRE ORDINATEUR
AVANT DE LE REMPLIR

Date d'entrée des données :

IDENTIFICATION

Nom de la candidate	
Adresse	
Courriel	
Téléphone	

Date de naissance	
Langue d'usage	Sélectionnez
Autres langues parlées et écrites	
Statut d'immigration	Sélectionnez

PARCOURS SCOLAIRE

Date d'obtention du diplôme de sage-femme

1- Parcours scolaire hors Québec

Études	Titre de la formation	Nombre d'années d'études	Année d'obtention du diplôme	Établissement	Pays	Langue d'enseignement
Études secondaires						
Techniques Études collégiales						
Diplôme universitaire 1er cycle						
Diplôme universitaire 2e cycle						
Doctorat						
Autre						

Si vous avez besoin d'ajouter plus d'informations :

2- Parcours scolaire au Québec

Études	Titre de la formation	Établissement	Nombre d'années d'études	Année d'obtention du diplôme	Langue d'enseignement
Techniques Études collégiales					
Diplôme universitaire 1er cycle *					
Diplôme universitaire 2e cycle					
Doctorat					
Autre					

* Vous pouvez noter les différentes formations suivies au 1er cycle telles que : microprogramme, certificat, baccalauréat, etc.

Si vous avez besoin d'ajouter plus d'informations :

3-EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

Expérience Sage-Femme (De la plus récente à la plus ancienne)

Titre d'emploi	Type d'emploi	Années De---- à ----	Lieu de pratique Employeur	Ville – pays	Nombre d'accouchements de l'établissement par année	Tâches/Activités	Accouchement Autonomie et responsabilité
	Sélectionnez					<input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Acc. <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Autre	Sélectionnez
	Sélectionnez					<input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Acc. <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Autre	Sélectionnez
	Sélectionnez					<input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Acc. <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Autre	Sélectionnez
	Sélectionnez					<input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Acc. <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Autre	Sélectionnez
	Sélectionnez					<input type="checkbox"/> Pré <input type="checkbox"/> Acc. <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Autre	Sélectionnez

Si vous avez besoin d'ajouter plus d'informations :

➤ Lieux de pratique d'accouchement hors centre hospitalier

Veillez préciser si vous avez déjà pratiqué des accouchements hors centre hospitalier.

oui non

Si oui, veuillez préciser :

Années de--- à --	Ville - Pays	Lieu d'accouchement	Nombre d'accouchements où vous étiez responsable	Organisation et contexte de pratique

Si vous désirez donner plus d'informations sur votre pratique hors centre hospitalier :

➤ Continuité des soins selon le modèle québécois

Définition de la continuité des soins au Québec : responsable du suivi complet, pré, per et postnatal pour une même femme. Ce suivi comprend un minimum de 7 consultations, dont au moins 1 prénatale et 1 postnatale, en plus de la présence à l'accouchement.

Veillez indiquer si vous avez déjà travaillé selon ce modèle : oui non

Si oui, expliquez et détaillez votre expérience :

Titre	Années De---- à -----	Employeur	Ville - Pays	Détails (nombre de suivis effectués, lieu de pratique, travail d'équipe, etc.)

Si vous avez besoin d'ajouter plus d'informations :

➤ Suivi et examen du nouveau-né

Avez-vous déjà effectué des examens complets du nouveau-né ? (Réflexes, auscultation pulmonaire, auscultation cardiaque, pouls fémoraux, examen des hanches, reflet rouge, etc.)

oui non

Si oui, expliquez :

Années De---- à ----	Employeur	Ville - Pays	Détails	Responsabilité (complète ou partagée)

Si vous avez besoin d'ajouter plus d'informations :

➤ Gestion des urgences obstétricales et néonatales

Avez-vous déjà été responsable de la gestion d'urgences obstétricales et/ou néonatales?

oui non

Veillez expliquer le contexte et vos responsabilités (maximum 5 lignes)

➤ Autre expérience professionnelle (infirmière, professeure, administratrice, autre) dans le système de santé oui non

Titre d'emploi	Employeur Lieu de pratique	Ville-pays	Années De---- à ----	Tâches-activités	Lien avec la périnatalité

Si vous désirez donner plus d'informations :

4- DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL (FORMATION CONTINUE)

Avez-vous déjà suivi des formations continues en lien avec la périnatalité ?

Exemples : formation en urgences obstétricales, réanimation néonatale, allaitement, etc.

oui non

Au cours des 5 dernières années, de la plus récente à la plus ancienne

Titre de l'activité ou formation	Établissement ou responsable	Ville-Pays	Année	Durée Nombre d'heures	Langue d'enseignement

Si vous désirez donner plus d'informations :

5- RAYONNEMENT DE LA PROFESSION SAGE-FEMME

- Publication
- Conférence
- Membre d'une association
- Membre d'un ordre professionnel sage-femme
- Autres _____

Date	Organisme	Ville/Pays	Année	Activité/Sujet

Si vous avez besoin d'ajouter plus d'informations :

6- CONNAISSANCE DE LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU QUÉBEC

Veillez décrire les connaissances que vous avez de la pratique :

Veillez décrire les démarches que vous avez effectuées pour vous documenter sur la profession :

Veillez décrire les démarches que vous avez effectuées pour vous impliquer dans le milieu de la périnatalité et des sages-femmes au Québec :

7- INTÉGRATION FUTURE À LA PRATIQUE SAGE-FEMME AU QUÉBEC

Quels seraient les facteurs qui pourraient favoriser votre intégration à la pratique sage-femme ?

Avez-vous des besoins particuliers ?

8- COMMENTAIRES

9- RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES

Déclarations obligatoires selon l'article 45 du Code des professions.

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire par un conseil de discipline d'un ordre professionnel ou par un Tribunal des professions ou d'un organisme professionnel équivalent, vous imposant une sanction ?

Oui - Fournissez les détails :

Nature de l'infraction : _____

Nature de la sanction: _____

Nom de l'Ordre ou de l'Organisme qui a rendu la decision: _____

Date de la décision

N° de dossier

Province/état

Pays

(aaaa-mm-jj)

Non

Avez-vous fait l'objet d'une décision rendue par un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ou pénale?

Oui - Fournissez les détails :

Nature de l'infraction : _____

Peine imposée: _____

Nom du tribunal qui a rendu la décision: _____

Date de la décision

N de dossier

Province/état

Pays

(aaaa-mm-jj)

Non

AUTORISATION

J'autorise l'Ordre des sages-femmes du Québec à transmettre à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), les informations concernant mes coordonnées et tout autre document jugé nécessaire par l'UQTR pour le traitement de mon dossier.

FRAIS D'OUVERTURE DE DOSSIER

Le montant des frais d'ouverture du dossier s'élève à 172,46 \$* taxes incluses.

INDIQUEZ LE MODE DE PAIEMENT CHOISI (le règlement des frais doit obligatoirement être transmis avec le formulaire) :

Paiement par carte	Numéro de carte	Date d'expiration
<input type="checkbox"/> Carte Visa		
<input type="checkbox"/> Carte Mastercard		
Nom de la détentrice de la carte (en lettres moulées)		

- Chèque
- Mandat postal
- Mandat international

*Les frais d'ouverture et d'analyse du dossier ne sont pas remboursables.

DÉCLARATION ET AFFIRMATION SOLENNELLE

Je soussignée, _____ affirme que les informations contenues dans cette demande sont conformes à la vérité et en autorise la vérification.

Signature obligatoire

Date