



CANAC
Canadian Association
of Nurses in AIDS Care
ACIIS
Association canadienne
des infirmières et infirmiers
en sidologie

ASSOCIATION CANADIENNE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SIDOLOGIE
l'anne 2006-2007

FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUELEMENT D'ADHÉSION
S.V.P. Compléter en lettres moulées ou taper à la machine

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____

Code postal : _____ Pays : _____

Bureau Téléphone : () _____ Téléc. : () _____

Domicile Téléphone : () _____ Téléc. : () _____

Langue de votre choix (cocher une case) : Français Anglais

Infirmières et infirmiers de l'Ontario : Êtes-vous membre de la RNAO? Oui Non
(Information requise pour notre rapport annuel auprès de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada)

Communications par voie électronique : En réponse à l'augmentation de la demande d'accès à l'information par voie électronique, l'ACIIS est en train d'étendre sa capacité à communiquer de cette façon avec ses membres (par ex. par la voie du courriel et par l'inclusion d'information sur le site Web).

Votre adresse électronique : _____

Préférez-vous recevoir le bulletin de l'ACIIS par (cocher une case) : Courriel ou Poste régulière

Comment avez-vous entendu parler de l'ACIIS?

Déjà membre Lors d'une conférence Site Web de l'ACIIS Ami(e)/collègue
 Autres (préciser) : _____

Êtes-vous membre de l'ANAC (États-Unis)? Oui Non

Avez-vous obtenu le titre d'ACRN (AIDS Certified Registered Nurse [Infirmière ou infirmier autorisé(e) certifié(e) en sidologie] – États-Unis)? Oui Non

Si elle existait, envisageriez-vous d'essayer d'obtenir une certification canadienne dans le domaine des soins infirmiers en sidologie?

Oui Non Pas sûr

Utilisation des renseignements sur les adhérents : L'utilisation des listes d'adhérents par des groupes ou des personnes externes est contrôlée de façon stricte par le biais des politiques de l'ACIIS. Les raisons de cette utilisation et les documents distribués doivent être en accord avec la mission de l'ACIIS. Dans tous les cas, les listes d'adhérents sont fournies uniquement sous forme imprimée (c'est-à-dire sous forme d'étiquettes d'adresse). Les politiques de l'ACIIS interdisent la diffusion sous forme électronique des données relatives aux adhérents.

Nous autorisez-vous à partager les renseignements vous concernant avec d'autres adhérents de l'ACIIS?
 Oui Non

Souhaitez-vous être intégré(e) dans les listes d'adhérents approuvées pour l'utilisation externe?
 Oui Non

(Suite au verso)

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES

Qualification professionnelle

- Infirmières / infirmiers autorisés Infirmières / infirmiers auxiliaires autorisés
 Infirmières / infirmiers psychiatriques autorisés Autres (préciser) : _____

Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers : _____

Nombre d'années d'expérience en sidologie : _____

Pourcentage de votre travail consacré à la sidologie : 0-25 % 26-50 % 51-75 % 76-100 %

Poste principal

- Infirmière ou infirmier / Infirmière ou infirmier clinicien(ne) Infirmière ou infirmier enseignant(e)
 Infirmière ou infirmier clinicien(ne) spécialisé(e) Gestion de cas / Coordinatrice(trice) patients
 Infirmière chercheuse ou infirmier chercheur Essais cliniques
 Praticien(ne) en lutte anti-infectieuse Consultant(e)
 Gestionnaire / Coordinatrice ou coordonnateur d'unité Infirmière ou infirmier praticien(ne)
 Directrice ou directeur / Directrice ou directeur adjoint(e) Conseillère ou conseiller / Thérapeute
 Représentant(e) en industrie / ventes Autres (préciser) : _____

Milieu de travail principal (cocher toutes les cases appropriées) :

- Patients hospitalisés Centre de traitement des toxicomanies Hospice
 Patients ambulatoires / externes Psychiatrie / Santé mentale Soins à domicile
 Santé publique Centre de soins communautaires Soins prolongés
 Cabinet médical Collège / Université
 Pratique privée ou de groupe Prisons / Services correctionnels gouvernementaux
 Organisme communautaire / à but non lucratif Autres (préciser) : _____

Votre cadre de travail est-il : Rural Suburbain Urbain Mixte

Parmi les caractéristiques suivantes, quelles sont celles qui s'appliquent le mieux à vos patients ou à votre clientèle? (cocher toutes les cases appropriées) :

- Communautés autochtones Utilisateurs de drogues injectables / Toxicomanes Femmes enceintes
 Hommes homosexuels / bisexuels Femmes / Hommes hétérosexuel(le)s Enfants
 Communautés ethniques Personnes transgenre Jeunes
 Détenus (prisons) Sans abri / Personnes vivant dans la rue Réfugiés / Immigrants
 Hémophiles / Transfusés / Greffés Autres (préciser) : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT (Toutes les adhésions arrivent à échéance le 31 octobre de chaque année civile)

Type	Catégorie	et	Cotisation
<input type="checkbox"/> Nouveau membre	<input type="checkbox"/> Membre ordinaire		50 \$
<input type="checkbox"/> Renouvellement	<input type="checkbox"/> Membre associé (retraité)		40 \$
<input type="checkbox"/> Réinscription d'un ancien membre	<input type="checkbox"/> Étudiant		40 \$ (*)
	<input type="checkbox"/> Membre corporatif	(Nous contacter à info@canac.org pour des informations sur la cotisation)	

(*) Les étudiants doivent fournir une pièce justificative de leur inscription à temps complet dans un établissement d'enseignement.

Cotisation incluse : _____ \$

Contribution déductible supplémentaire : _____ \$

Montant total inclus : _____ \$

Votre chèque ou mandat-poste doit être libellé à l'ordre de : **CANAC/ACIIS**

Envoyez votre demande à : **ACIIS/CANAC, P.O. Box 93, Pontypool, ON L0A 1K0**