



**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**  
**Année 2009-2010**

**FORMULAIRE DE DEMANDE OU DE RENOUELEMENT D'ADHÉSION**  
*S.V.P. Veuillez compléter le formulaire en lettres moulées ou par le biais de votre ordinateur*

**Renseignements personnels**

**Organisation :** \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_  
**Ville :** \_\_\_\_\_ **Province :** \_\_\_\_\_  
**Code postal :** \_\_\_\_\_ **Pays :** \_\_\_\_\_  
**Langue de votre choix** (*veuillez cocher une des deux cases*) :  English  French

**Renseignements démographiques**

**Pourcentage de votre travail en matière de VIH/Sida**  0-25%  26-50%  51-75%  76-100%

**Milieu de travail** (*veuillez cocher toutes les cases appropriées*) :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Patients hospitalisés            | <input type="checkbox"/> Centre de traitement des toxicomanes              | <input type="checkbox"/> Hospice          |
| <input type="checkbox"/> Patients ambulatoires / externes | <input type="checkbox"/> Psychiatrie / Santé mentale                       | <input type="checkbox"/> Soins à domicile |
| <input type="checkbox"/> Centre de soins communautaires   | <input type="checkbox"/> Soins prolongés                                   | <input type="checkbox"/> Cabinet médical  |
| <input type="checkbox"/> Collège / Université             | <input type="checkbox"/> Organisme communautaire / à but non lucratif      |   |
| <input type="checkbox"/> Santé publique                   | <input type="checkbox"/> Prisons / Services correctionnels gouvernementaux |   |
| <input type="checkbox"/> Pratique privée ou de groupe     | <input type="checkbox"/> Autres ( <i>veuillez préciser</i> ) : _____       |   |

**Veuillez décrire votre contexte de travail :**  Rural  Banlieue des centres urbains  Urbain  Mixte

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

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Communautés autochtones                    | <input type="checkbox"/> Femmes / Hommes hétérosexuels(Iles)               | <input type="checkbox"/> Femmes enceintes |
| <input type="checkbox"/> Hommes homosexuels / bisexuels             | <input type="checkbox"/> Hémophiles / Transfusés / Greffés                 | <input type="checkbox"/> Enfants          |
| <input type="checkbox"/> Communautés ethniques                      | <input type="checkbox"/> Personnes transgenres                             | <input type="checkbox"/> Jeunes           |
| <input type="checkbox"/> Détenus (prisons)                          | <input type="checkbox"/> Sans abri / Personnes vivant dans la rue          |   |
| <input type="checkbox"/> Réfugiés / Immigrants                      | <input type="checkbox"/> Utilisateurs de drogues injectables / Toxicomanes |   |
| <input type="checkbox"/> Autres ( <i>veuillez préciser</i> ): _____ |  |   |

**Cotisations des membres**

Les cotisations sont déterminées selon le nombre de membres inscrits; tout les membres doivent s'inscrire en même temps et ils (elles) doivent travailler au même endroit. Les membres qui ne sont pas infirmières ou infirmiers et les étudiants(es) peuvent également s'inscrire.

Nombre de membres	Cotisation pour chaque membre	% de rabais
1 – 4	\$50 chaque	n/a
5 – 15	\$40 chaque	20%
16 – 30	\$35 chaque	30%
> 30	\$30 chaque	40%

Votre cotisation : # de membres inscrits: \_\_\_\_\_  
Cotisation par membre: \_\_\_\_\_  
Cotisation totale: \_\_\_\_\_

**Renseignements pour chaque membre**

(veuillez remplir une section complète pour chaque membre de votre groupe)

<b>Nom :</b>	
<b>Courriel :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

<b>Qualifications professionnelles</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers autorisés	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____	
<input type="checkbox"/> Étudiant (Programme : _____)	
<b>Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers :</b> _____ <b>en sidologie :</b> _____	
<b>Poste principal</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier / Infirmière ou infirmier clinicien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmière / infirmier clinicien(ne) spécialisé(e)
<input type="checkbox"/> Gestion de cas / Coordonnateur(trice) patients	<input type="checkbox"/> Infirmière/infirmier enseignant(e)
<input type="checkbox"/> Infirmière chercheuse / chercheur	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller / Thérapeute
<input type="checkbox"/> Gestionnaire / Coordonnateur(trice) d'unité	<input type="checkbox"/> Praticien(ne) en lutte anti-infectieuse
<input type="checkbox"/> Directeur(trice) / Directeur(trice) adjoint(e)	<input type="checkbox"/> Représentat(e) en industrie / ventes
<input type="checkbox"/> Essais cliniques	<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)
<input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser): _____	<input type="checkbox"/> Consultant(e)
<b>Renseignements généraux</b>	
Êtes-vous membre de : <b>RNAO</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>ANAC (États-Unis)</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous obtenu le titre d'ACRN (AIDS Certified Reg. Nurse – États-Unis) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si elle était disponible au Canada, envisageriez-vous de compléter cette certification ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nous autorisez-vous à partager les renseignements vous concernant avec d'autres membres à ACIIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Souhaitez-vous faire partie de la liste des membres approuvés pour diffusion externe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<b>Nom :</b>	
<b>Courriel :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

<b>Qualifications professionnelles</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers autorisés	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____	
<input type="checkbox"/> Étudiant (Programme : _____)	
<b>Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers :</b> _____ <b>en sidologie :</b> _____	
<b>Poste principal</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier / Infirmière ou infirmier clinicien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmière / infirmier clinicien(ne) spécialisé(e)
<input type="checkbox"/> Gestion de cas / Coordonnateur(trice) patients	<input type="checkbox"/> Infirmière/infirmier enseignant(e)
<input type="checkbox"/> Infirmière chercheuse/chercheur	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller / Thérapeute
<input type="checkbox"/> Gestionnaire / Coordonnateur(trice) d'unité	<input type="checkbox"/> Praticien(ne) en lutte anti-infectieuse
<input type="checkbox"/> Directeur(trice) / Directeur(trice) adjoint(e)	<input type="checkbox"/> Représentat(e) en industrie / ventes
<input type="checkbox"/> Essais cliniques	<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)
<input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser): _____	<input type="checkbox"/> Consultant(e)
<b>General Information</b>	
Êtes-vous membre de : <b>RNAO</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>ANAC (États-Unis)</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous obtenu le titre d'ACRN (AIDS Certified Reg. Nurse – États-Unis) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si elle était disponible au Canada, envisageriez-vous de compléter cette certification ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nous autorisez-vous à partager les renseignements vous concernant avec d'autres membres à ACIIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Souhaitez-vous faire partie de la liste des membres approuvés pour diffusion externe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**Renseignements pour chaque membre**

(veuillez remplir une section complète pour chaque membre de votre groupe)

<b>Nom :</b>	
<b>Courriel :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

<b>Qualifications professionnelles</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers autorisés	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____	
<input type="checkbox"/> Étudiant (Programme : _____)	
<b>Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers :</b> _____ <b>en sidologie :</b> _____	
<b>Poste principal</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier / Infirmière ou infirmier clinicien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmière / infirmier clinicien(ne) spécialisé(e)
<input type="checkbox"/> Gestion de cas / Coordonnateur(trice) patients	<input type="checkbox"/> Infirmière/infirmier enseignant(e)
<input type="checkbox"/> Infirmière chercheuse/chercheur	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller / Thérapeute
<input type="checkbox"/> Gestionnaire / Coordonnateur(trice) d'unité	<input type="checkbox"/> Praticien(ne) en lutte anti-infectieuse
<input type="checkbox"/> Directeur(trice) / Directeur(trice) adjoint(e)	<input type="checkbox"/> Représentat(e) en industrie / ventes
<input type="checkbox"/> Essais cliniques	<input type="checkbox"/> Consultant(e)
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)	
<input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser): _____	
<b>Renseignements généraux</b>	
Êtes-vous membre de : <b>RNAO</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>ANAC</b> (États-Unis) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous obtenu le titre d'ACRN (AIDS Certified Reg. Nurse – États-Unis) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si elle était disponible au Canada, envisageriez-vous de compléter cette certification ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nous autorisez-vous à partager les renseignements vous concernant avec d'autres membres à ACIIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Souhaitez-vous faire partie de la liste des membres approuvés pour diffusion externe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<b>Nom :</b>	
<b>Courriel :</b>	
<b>Téléphone :</b>	

<b>Qualifications professionnelles</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers autorisés	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers auxiliaires autorisés
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés
<input type="checkbox"/> Autres (préciser) : _____	
<input type="checkbox"/> Étudiant (Programme : _____)	
<b>Nombre d'années d'expérience en soins infirmiers :</b> _____ <b>en sidologie :</b> _____	
<b>Poste principal</b>	
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier / Infirmière ou infirmier clinicien(ne)	<input type="checkbox"/> Infirmière / infirmier clinicien(ne) spécialisé(e)
<input type="checkbox"/> Gestion de cas / Coordonnateur(trice) patients	<input type="checkbox"/> Infirmière/infirmier enseignant(e)
<input type="checkbox"/> Infirmière chercheuse/chercheur	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller / Thérapeute
<input type="checkbox"/> Gestionnaire / Coordonnateur(trice) d'unité	<input type="checkbox"/> Praticien(ne) en lutte anti-infectieuse
<input type="checkbox"/> Directeur(trice) / Directeur(trice) adjoint(e)	<input type="checkbox"/> Représentat(e) en industrie / ventes
<input type="checkbox"/> Essais cliniques	<input type="checkbox"/> Consultant(e)
<input type="checkbox"/> Infirmière ou infirmier praticien(ne)	
<input type="checkbox"/> Autres (veuillez préciser): _____	
<b>Renseignements généraux</b>	
Êtes-vous membre de : <b>RNAO</b> ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>ANAC</b> (États-Unis) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous obtenu le titre d'ACRN (AIDS Certified Reg. Nurse – États-Unis) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si elle était disponible au Canada, envisageriez-vous de compléter cette certification ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nous autorisez-vous à partager les renseignements vous concernant avec d'autres membres à ACIIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Souhaitez-vous faire partie de la liste des membres approuvés pour diffusion externe ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	