



DEMANDE DE STAGE D'OBSERVATION RÉSERVÉ AUX ÉTUDIANTS EN SPU

Veillez lire attentivement ce document.

ÉTAPE 1: Éligibilité

Afin de participer à un stage d'observation, le stagiaire doit remplir les critères suivants:

1. *Être actuellement inscrit à un des Cégeps participants;*
2. *Devoir effectuer un stage d'observation à la demande de son professeur;*
3. *Toute demande provenant d'un étudiant en Soins préhospitaliers d'urgence (SPU) doit obligatoirement nous être transmise par le coordonnateur de stage du Cégep concerné. Le cas échéant, la demande sera automatiquement refusée, sans préavis.*

ÉTAPE 2: Procédure à suivre

Si vous êtes éligible (voir étape 1):

1. *Remplir adéquatement les formulaires suivants, puis les remettre à votre coordonnateur de stage. Le cas échéant, votre demande sera automatiquement refusée.*
 - *Formulaire de demande*
 - *Accord de renonciation*

NB: *Si vous connaissez un paramédic travaillant à la CTAQ, nous ne pouvons pas garantir que votre stage sera effectué avec ce dernier.*

2. *Le coordonnateur s'engage à transmettre à la CTAQ la demande dûment complétée par l'étudiant dans un délai raisonnable ne dépassant pas 5 jours ouvrables.*
3. *Après analyse, la CTAQ enverra une confirmation de stage par courriel, dans les 10 jours ouvrables suivants la réception de la demande.*

Si la demande est refusée, le coordonnateur de stage et/ou la CTAQ vous en informera.

NB: *La CTAQ se réserve le droit de modifier les critères souhaités par l'étudiant, à sa guise. La CTAQ peut, en tout temps, refuser un(e) étudiant(e) ne s'étant pas présenté(e) au superviseur ou n'ayant pas suivi les consignes.*

Assurez-vous d'écrire lisiblement. Tout formulaire illisible, incomplet ou ne correspondant pas aux critères d'admission ne sera pas considéré. **Veillez noter qu'il est nécessaire de signer l'accord de renonciation lors de votre demande de stage.**

Merci de votre intérêt!



STAGE D'OBSERVATION SPU FORMULAIRE DE DEMANDE

Veuillez remplir chaque section du présent formulaire et l'envoyer à votre coordonnateur de stage.
Un délai de dix (10) jours ouvrables précédant la date de votre stage est requis.

PRÉNOM		NOM DE FAMILLE	
ADRESSE COMPLÈTE			CODE POSTAL
TÉLÉPHONE PRINCIPAL	TÉLÉPHONE SECONDAIRE	COURRIEL	
Votre Cégep		Votre professeur	
CÉGEP:		NOM:	
ANNÉE:		TÉLÉPHONE:	
En cas d'urgence (veuillez indiquer 2 personnes à contacter)			
NOM COMPLET	TÉLÉPHONE	LIEN	
NOM COMPLET	TÉLÉPHONE	LIEN	
Votre demande			
RAISON DE LA DEMANDE DE STAGE D'OBSERVATION PAR VOTRE PROFESSEUR			
DISPONIBILITÉS			
<input type="checkbox"/> LUNDI <input type="checkbox"/> MARDI <input type="checkbox"/> MERCREDI <input type="checkbox"/> JEUDI <input type="checkbox"/> VENDREDI <input type="checkbox"/> SAMEDI <input type="checkbox"/> DIMANCHE		<input type="checkbox"/> JOUR (ENTRE 6H ET 15H) <input type="checkbox"/> SOIR (DES 15H00) <input type="checkbox"/> NUIT (DES 18H00) <input type="checkbox"/> DATES PRÉCISES SEULEMENT: <input type="checkbox"/> SAUF LES DATES SUIVANTES:	
SI MA DEMANDE EST ACCEPTÉE, JE M'ENGAGE À RESPECTER LES DEMANDES SUIVANTES: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conserver une apparence propre en tout temps; ▪ Porter des vêtements de couleur foncée seulement, ainsi que des souliers à bout fermés (les sandales et les souliers ouverts ne sont pas permis); ▪ Être muni(e) de 2 pièces d'identité avec photo; ▪ Porter le dossard de stagiaire remis par la CTAQ lors de toute la durée du stage d'observation; ▪ Suivre les instructions des paramédics et des superviseurs de la CTAQ; ▪ Ne pas intervenir lors des traitements des patients; ▪ Ne pas discuter avec les patients, les témoins ou les médias des informations confidentielles, et ne pas lire le dossier médical des patients; ▪ Ne pas questionner les paramédics en présence du patient; ▪ Maintenir une conduite raisonnable et polie en tout temps; ▪ Respecter la confidentialité des patients et ne pas dévoiler les informations les concernant au grand public (entourage, témoins, etc) et/ou aux journalistes; ▪ Se soumettre aux consignes de protection personnelle et de contrôle d'infection; 			
SIGNATURE		DATE	
RÉFÉRENCES (SI VOUS CONNAISSEZ UN DE NOS MEMBRES)		APPROUVÉ PAR LE COODONNATEUR DU CÉGEP	



STAGE D'OBSERVATION SPU ACCORD DE RENONCIATION

JE SOUSIGNÉ _____ de _____ en/au _____
NOM COMPLET VILLE PROVINCE

(ci-dessous appelé le "stagiaire") étant majeur et n'étant pas employé(e) de la CTAQ, ai procédé à une demande de stage d'observation et ce, de façon volontaire et de ma propre initiative, auprès de la Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec (ci-dessous appelée "CTAQ"). Cette demande implique d'accompagner une équipe de paramédics dans le but d'observer les opérations de ce corps de métier, et par conséquent de me déplacer au sein d'un véhicule ambulancier afin d'approfondir mon expérience professionnelle et/ou mes connaissances de ce service. Je suis conscient que le travail des paramédics peut être dangereux et qu'il se peut que je sois blessé et que mes effets personnels soient brisés ou perdus.

La CTAQ accepte que le stagiaire accompagne temporairement les paramédics dans leurs tâches quotidiennes, sans toutefois être considéré comme un employé, un agent ou un sous-traitant de cette dernière **À CONDITION QUE** le stagiaire comprenne et renonce à toute indemnité et à toute action en justice envers la CTAQ et ses représentants légaux, suite à un événement, une situation ou un incident, lié ou non, aux possibles dangers survenant lors du stage d'observation.

PAR CONSÉQUENT, je m'engage en tant que stagiaire, en mon nom et en celui de mes héritiers et autres représentants légaux, et en toute appréciation du privilège qui m'est offert par la CTAQ, à me comporter en tant que simple observateur et par la présente renonce à jamais à toute action en justice envers la CTAQ et ses membres, ses membres du conseil d'administration et membres de la Direction (ci-dessous appelés les "représentants") suite à toute forme de perte, d'action, de poursuite, de réclamation, de dommage ou de plainte liée de près ou de loin à mon stage d'observation au sein de la CTAQ. De plus, je m'engage à libérer la CTAQ et ses représentants de toute responsabilité d'indemnisation à mon égard, incluant les frais légaux, de toute autre dépense survenue occasionné par l'un ou plusieurs de ses représentants et causé ou non, par le fait d'être un passager dans un véhicule ambulancier ou un observateur du service de paramédics dispensé par les employés de la CTAQ, tel que décrit ci-haut.

Je comprends la haute confidentialité des cas observés et j'accepte de ne pas partager de telles informations, au même titre que les situations dont j'ai été témoin durant le stage d'observation incluant, mais sans se limiter à, toute communication sur les ondes radiophoniques, toute donnée concernant les patients et/ou leur dossier et ce, particulièrement lors d'intervention dans des résidences privées, sur des lieux de travail et auprès d'autres institutions. Je m'engage à suivre les directives et procédures émises par le personnel paramédic et les superviseurs de la CTAQ.

Je comprends et accepte que cet accord de renonciation s'applique chaque fois que je suis passager dans un véhicule ambulancier et/ou à tout moment où j'agis en tant qu'observateur tel que décrit ci-haut dans la période débutant par et incluant la date de cet accord signé.

Signé avec témoin à _____ en ce _____ e jour de _____ 201____.
VILLE DATE MOIS

Signature du stagiaire

Nom en LETTRES MOULÉES