
PREUVE DE CONDUITE PROFESSIONNELLE
pour les candidates au Projet multiprovincial et multiterritorial de formation
d'appoint en pratique sage-femme (PFASF)

INSTRUCTIONS À LA CANDIDATE

Veuillez remplir la PARTIE I et transmettre un exemplaire de ce formulaire à chaque organisme de réglementation auprès duquel vous êtes ou avez été une sage-femme inscrite.

PARTIE I (à remplir par la candidate)

Nom au complet de la candidate :

Ancien(s) nom(s), le cas échéant :

Date de naissance :

Province/territoire où vous comptez exercer :

Nom de l'établissement de formation en pratique sage-femme :

Numéro d'étudiante, le cas échéant :

Date de l'obtention du diplôme :

J'autorise l'établissement de formation en pratique sage-femme indiqué ci-dessus à divulguer aux responsables du Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme (PFASF) et à l'organisme de réglementation de la pratique sage-femme de la province ou du territoire où j'ai l'intention d'exercer des renseignements qui seraient de nature confidentielle dans d'autres circonstances. Je reconnais que les communications entre les personnes de ces organismes concernant ma demande auprès du PFASF seront confidentielles entre les parties et je renonce au droit d'en connaître la nature.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

La candidate a présenté une demande de participation au Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme (PFASF) avec l'intention de s'inscrire en vue d'exercer la profession de sage-femme dans la province ou le territoire indiqué dans la PARTIE I. Le programme de formation d'appoint préalable à l'inscription a pour objectif d'aider les sages-femmes formées à l'étranger à combler des lacunes sur le plan de leurs connaissances ou de leurs compétences liées à l'exercice de la profession de sage-femme au Canada.

Les évaluatrices du PFASF se serviront des renseignements qui figurent sur ce formulaire lorsqu'elles décideront si cette candidate est admissible à participer au PFASF. La preuve de son inscription passée ou actuelle comme sage-femme dans un pays, un État ou une province où la pratique sage-femme est réglementée est une des façons dont la candidate peut être admissible au PFASF.

Si cette candidate termine le PFASF et présente une demande d'inscription dans une province ou un territoire participant du Canada, les responsables de l'organisme de réglementation de la pratique sage-femme (l'organisme qui réglemente la profession de sage-femme dans l'intérêt du public) de cette province ou de ce territoire se serviront aussi des renseignements de ce formulaire pour prendre leur décision d'évaluation de l'inscription.

Les organismes de réglementation de la pratique sage-femme provinciaux et territoriaux sont responsables de veiller à ce que chaque sage-femme inscrite ait les compétences requises pour exercer sa profession et qu'elle a une bonne moralité conformément aux responsabilités d'une sage-femme (candidate à l'inscription) et aux normes de pratique attendues d'une sage-femme (candidate à l'inscription). Pour effectuer cette évaluation, l'organisme de réglementation de la pratique sage-femme a besoin d'obtenir des renseignements détaillés concernant la conduite professionnelle de la candidate. En remplissant ce formulaire, vous fournissez cette preuve.

INSTRUCTIONS POUR L'ORGANISME DE RÉGLEMENTATION

Ce formulaire doit être rempli par le registraire ou par le directeur ou la directrice de la réglementation de la pratique sage-femme ou par un(e) responsable principal(e) ayant des qualifications équivalentes qui a le pouvoir de réglementer la pratique sage-femme dans votre pays, État ou province.

1. Veuillez remplir au complet la PARTIE II de ce formulaire. Vous pouvez joindre d'autres pages, le cas échéant.
2. Indiquez votre nom, vos coordonnées et votre titre dans la case désignée à cet effet à la fin de ce formulaire. Ces renseignements sont essentiels. Nous pourrions communiquer avec vous pour obtenir de plus amples renseignements.
3. Signez et datez le formulaire à l'endroit indiqué.
4. Scellez le formulaire dûment rempli dans une enveloppe et signez à travers le sceau.

5. Veuillez retourner le formulaire directement au PFASF à l'adresse indiquée ci-dessous par la poste ou par messenger. Ne remettez pas le formulaire à la candidate ni à toute autre personne, car cela l'invaliderait.

VEUILLEZ POSTER LE FORMULAIRE OU L'ENVOYER PAR MESSAGER À :

Projet multiprovincial et multiterritorial de formation d'appoint en pratique sage-femme
a/s College of Midwives of BC
#210-1682 West 7th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique) V6J 4S6
Canada

Tél. : 604-742-2232 ou 1-888-642-2232 (sans frais)

Nous vous remercions d'avoir fourni ces renseignements importants. Nous apprécions votre temps et vos efforts.

PARTIE II (à remplir par l'organisme de réglementation)

STATUT D'INSCRIPTION DE LA CANDIDATE

1. La candidate est actuellement inscrite ou autorisée à exercer la profession de sage-femme.
- a. Numéro d'inscription de la candidate : _____
- b. Date initiale d'inscription de la candidate : _____ (JJ/MM/AA)

OU

- La candidate était une sage-femme inscrite ou était autorisée à exercer la profession de sage-femme.
- a. Ancien numéro d'inscription de la candidate : _____
- b. Date de début et de fin d'inscription de la candidate :
Début : _____ (JJ/MM/AA) Fin : _____ (JJ/MM/AA)

Autres commentaires :

2. Quelle est la catégorie d'inscription en pratique sage-femme ou d'autorisation d'exercer actuelle de la candidate ou quelle est sa catégorie d'inscription ou d'autorisation d'exercer la plus récente? (*exemples de catégories* : inscription générale, inscription restreinte, inscription provisoire, inscription temporaire, non-praticienne)

Veillez préciser :

3. Des restrictions ont-elle déjà été imposées à cette candidate relativement à son inscription ou à son autorisation d'exercer la profession de sage-femme?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer :

4. Des restrictions sont-elles imposées actuellement à cette candidate relativement à son inscription en pratique sage-femme ou à son autorisation d'exercer la profession de sage-femme?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez expliquer :

Autres commentaires :

MAINTIEN DES EXIGENCES D'INSCRIPTION EN COURS

5. La candidate soumet ou soumettait en temps opportun toute l'information exigée par l'organisme de réglementation de la pratique sage-femme dans votre pays, État ou province.

Oui Non

Autres commentaires :

6. La candidate maintient ou maintenait toutes les compétence requises, exigences de recertification des compétences ou exigences de perfectionnement professionnel pour les sages-femmes dans votre pays, État ou province.

Oui Non

Autres commentaires :

7. Veuillez remplir le tableau à l'aide de renseignements concernant les cours et les programmes que les sages-femmes doivent suivre pour maintenir leur inscription ou leur autorisation d'exercer comme sage-femme ou en indiquant les autres exigences qu'elles doivent satisfaire pour ce faire :

Nom du cours ou de l'atelier de certification requis	Fréquence de recertification requise	Date de la dernière recertification de la candidate en dossier
<i>(exemple) Réanimation néonatale</i>	<i>q. deux année(s)</i>	<i>28 mars 2008</i>
1.	q. année(s)	
2.	q. année(s)	
3.	q. année(s)	
4.	q. année(s)	
5.	q. année(s)	

Autres commentaires :

8. La candidate a-t-elle satisfait à toutes les autres exigences pour le maintien de son inscription ou de son autorisation d'exercer comme sage-femme au cours de la période de son inscription dans votre pays, État ou province?

Oui Non

Autres commentaires :

RENSEIGNEMENTS SUR LA CONDUITE PROFESSIONNELLE

9. L'une des situations suivantes s'applique-t-elle à la candidate? Veuillez cocher toutes les cases applicables.
- Il y a une enquête, une plainte, une investigation ou une procédure disciplinaire en cours concernant la pratique professionnelle, la compétence, l'éthique ou un autre comportement de la candidate.
 - Un jugement de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité en tant que sage-femme a été porté contre la candidate.
 - Des conditions ou des restrictions ont été imposées à l'exercice de la profession sage-femme de la candidate en raison d'inconduite, d'incompétence ou d'incapacité.
 - La candidate a consenti à faire face aux conditions ou aux exigences de formation; ou a accepté de cesser un comportement répréhensible; ou a accepté un avertissement ou une réprimande; ou a accepté d'acquiescer à une amende.
 - La candidate a reçu un avertissement ou a fait l'objet d'une réprimande ou a reçu une amende.
 - La candidate a accepté (entrepris) une forme de médiation ou un autre processus de résolution de conflits.
 - L'inscription ou l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme de la candidate a été suspendue.
 - L'inscription ou l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme de la candidate a été annulée.
 - L'inscription ou l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme de la candidate a été refusée.
 - L'inscription ou l'autorisation d'exercer la profession de sage-femme de la candidate a été révoquée.

Pour chacune des cases cochées dans la question 9, veuillez joindre tous les documents accessibles au public et, si autorisé, veuillez fournir une description de la situation et de sa résolution dans l'espace ci-dessous.

Si une situation est encore en cours et que les renseignements s'y rapportant n'ont pas encore été rendus publics, à quelle date une résolution est-elle prévue? DATE :

Autres commentaires :

10. Y a-t-il d'autres renseignements à propos de la candidate que vous estimez être pertinents en ce qui concerne sa capacité d'exercer la profession de sage-femme de façon sécuritaire et éthique dans un autre pays, État ou province? Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

Autres commentaires :

11. Savez-vous si la candidate a déjà été inscrite dans tout autre pays, État ou province? Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Autres commentaires :

Nom et titre de la personne remplissant ce formulaire :

Nom de l'organisme de réglementation régissant la profession de sage-femme :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Adresse de courriel :

Signature :

Date :