



**Programme de formation professionnelle continue**  
Relevé du plan d'apprentissage professionnel pour l'année d'immatriculation  
du 1<sup>er</sup> décembre 20\_\_ au 30 novembre 20\_\_

Nom :	N° d'immatriculation :	Date d'atteinte de l'objectif:
-------	------------------------	--------------------------------

**Objectif d'apprentissage professionnel n° 1 : Quelles nouvelles connaissances voulez-vous acquérir?**

**Résultats projetés :** Comment l'atteinte de cet objectif vous aidera-t-elle à améliorer votre pratique infirmière et les résultats pour votre client?

**Objectifs et activités :** Comment projetez-vous d'atteindre cet objectif? Quelles activités suivrez-vous pour l'atteindre?

**Remplissez cette section après avoir atteint votre objectif d'apprentissage.**

<b>Avez-vous reçu un certificat de présence ou de participation en atteignant cet objectif?</b>  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>Un certificat de participation n'est pas nécessaire, mais si vous en avez reçu un, gardez-le dans vos dossiers. <b><u>NE L'ENVOYEZ PAS</u></b> à l'association.</i>
--	--

**Nouvelles connaissances :** Indiquez quelque chose de précis que vous avez appris en atteignant cet objectif d'apprentissage.

**Évaluation réflexive :** Décrivez comment vous utilisez ces nouvelles connaissances pour améliorer votre pratique et avoir une influence positive sur les résultats de votre patient.

Si vous avez des questions, veuillez appeler la conseillère en pratique, au 506-453-0747 ou au 1-800-942-0222, ou envoyez un courriel à [practiceconsultant@npls.ca](mailto:practiceconsultant@npls.ca)

**\*Gardez ce document dans votre dossier d'apprentissage personnel. Envoyez-le seulement si vous faites l'objet d'une vérification.\***



**Programme de formation professionnelle continue**  
Relevé du plan d'apprentissage professionnel pour l'année d'immatriculation  
du 1<sup>er</sup> décembre 20\_\_ au 30 novembre 20\_\_

Nom :	N° d'immatriculation :	Date d'atteinte de l'objectif:
-------	------------------------	--------------------------------

**Objectif d'apprentissage professionnel n° 2 :** Quelles nouvelles connaissances voulez-vous acquérir?

--------------

**Résultats projetés :** Comment l'atteinte de cet objectif vous aidera-t-elle à améliorer votre pratique infirmière et les résultats pour votre client?

--------------

**Objectifs et activités :** Comment projetez-vous d'atteindre cet objectif? Quelles activités suivrez-vous pour l'atteindre?

------------------

**Remplissez cette section après avoir atteint votre objectif d'apprentissage.**

<b>Avez-vous reçu un certificat de présence ou de participation en atteignant cet objectif?</b>  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	<i>Un certificat de participation n'est pas nécessaire, mais si vous en avez reçu un, gardez-le dans vos dossiers. <b><u>NE L'ENVOYEZ PAS</u></b> à l'association.</i>
--	--

**Nouvelles connaissances :** Indiquez quelque chose de précis que vous avez appris en atteignant cet objectif d'apprentissage.

------------------

**Évaluation réflexive :** Décrivez comment vous utilisez ces nouvelles connaissances pour améliorer votre pratique et avoir une influence positive sur les résultats de votre patient.

------------------------------

Si vous avez des questions, veuillez appeler la conseillère en pratique, au 506-453-0747 ou au 1-800-942-0222, ou envoyez un courriel à [practiceconsultant@npls.ca](mailto:practiceconsultant@npls.ca)

**\*\*Gardez ce document dans votre dossier d'apprentissage personnel. Envoyez-le seulement si vous faites l'objet d'une vérification.\*\***