

LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE : vous devez avoir exercé au cours des 3 dernières années

Renseignements personnels

Les renseignements personnels demandés sont nécessaires à l'exercice des attributions de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). Ils sont recueillis aux fins d'inscription au Tableau des membres de l'Ordre, de contrôle de l'exercice de la profession, de la protection du public et de statistiques. Seul le personnel autorisé de l'OPIQ et toute autre personne autorisée à les obtenir en vertu de la loi peuvent y accéder.

Vous n'êtes cependant pas tenu(e)s de fournir les renseignements demandés aux **sections identifiées « FACULTATIF »**. Ces données sont recueillies à des fins stratégiques et pour dresser un portrait de la profession.

Pour plus de détails sur la gestion de vos renseignements personnels par l'Ordre, incluant la procédure d'accès et de rectification, consultez le [Cadre de gouvernance à l'égard des renseignements personnels, de l'accès à l'information et de la sécurité de l'information](#).

IDENTIFICATION ET ADRESSE DE RÉSIDENCE		
Nom	Prénom	
Adresse		
Adresse (suite)		
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Cellulaire	

COURRIEL DE COMMUNICATION	
Adresse électronique	Le Code des professions oblige tous les professionnels à fournir une adresse courriel valide, établie à leur nom. L'OPIQ utilisera cette adresse pour correspondre avec vous.

Consentement communications | FACULTATIF

Cochez les communications que vous souhaitez recevoir par courriel

- ☐ Je consens à recevoir la revue *l'inhalo* (envoi semestriel) *
- ☐ Je consens à recevoir les infolettres (congrès, formation continue, journée des responsables, etc.) *
- ☐ Je consens à recevoir les offres d'emploi (envoi aux 2 semaines) *
- ☐ Je consens à recevoir les offres corporatives *

* Conformément à la Loi 25, l'OPIQ vous informe qu'il utilise un outil d'envoi de masse (Brevo) pour envoyer les communications électroniques ci-dessus. En cliquant sur l'une des cases, vous acceptez que nous transférions votre adresse courriel à cet outil.

Autre consentement

- ☐ Je consens à partager mes coordonnées afin de recevoir les offres corporatives par courrier

EN TOUT TEMPS, IL VOUS SERA POSSIBLE DE VOUS DÉSABONNER.

RENSEIGNEMENTS DISCIPLINAIRES | En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

Avez-vous fait l'objet d'une décision disciplinaire d'un autre ordre professionnel ou d'une autre association du Québec ou à l'étranger vous imposant une sanction ?

- ☐ OUI *Si oui, fournir en annexe la date de la décision, la nature de l'infraction de même que la nature de la sanction canadienne ou étrangère de toute décision portée contre vous.*
- ☐ NON

RENSEIGNEMENTS JUDICIAIRES | En vertu de l'article 45.2 du *Code des professions*

Avez-vous fait l'objet d'un jugement d'un tribunal canadien ou étranger vous déclarant coupable d'une infraction criminelle ? (Répondez non si vous avez obtenu un pardon)

- ☐ OUI *Si oui, fournir en annexe la date du jugement, le numéro de dossier de la cour, une copie de la décision judiciaire et vos explications écrites sur les circonstances (contexte) ayant conduit à la commission de l'infraction.*
- ☐ NON

RÉCLAMATIONS EN RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE | En vertu de l'article 62.2 du *Code des professions*

Au cours de la dernière année, avez-vous déclaré à votre assureur une réclamation ou formulé une déclaration de sinistre relative à votre responsabilité professionnelle?

OUI

NON

FORMATION CONTINUE OBLIGATOIRE

Nous vous invitons à consulter la page web [Capsules d'information](https://www.opiq.qc.ca) de notre site internet **www.opiq.qc.ca**

LIEU PRINCIPAL D'EXERCICE ET DOMICILE PROFESSIONNEL | En vertu de l'article 60 du *Code des professions***Exemple de nom d'installation valide**

Réponse : Hôpital de Hull

Exemple de nom d'installation invalide

Réponse : CISSS de l'Outaouais

Nom de l'installation où vous exercez principalement vos activités

Téléphone

Poste

Facultatif

Télécopieur

Titre de l'emploi

Secteur d'activité principale**Secteur d'activité secondaire****Secteur d'activité secondaire****Secteur d'activité secondaire**

Code du secteur

Code du secteur

Code du secteur

Code du secteur

2^e LIEU DE TRAVAIL

Nom de l'installation

Facultatif

Téléphone

Poste

Titre de l'emploi

Code du secteur
d'activité**Titre d'emploi**

110	Enseignant(e)	115	Autre	125	Conseiller clinique
111	Chef de service	116	Chef de programmes	126	Direction des services
112	Assistant chef inhalothérapeute	118	Coordonnateur (CEGEP)	127	Coordonnateur technique
113	Inhalothérapeute	120	Coordonnateur de programme	128	Chef de secteur
114	Coordonnateur clinico-administratif	124	Chargé d'enseignement clinique		

Secteur d'activités

300	Soins cardiorespiratoires généraux (O2, humidité, traitement)	311	Recherche	324	Laboratoire de simulation
301	Soins critiques et urgences (soins à l'urgence, ass.ventilatoire)	312	Clinique de gestion de la douleur	325	Dépistage
302	Assistance anesthésique	313	Calorimétrie	326	Administration d'un vaccin
303	Épreuves diagnostiques de la fonction respiratoire	314	Autre	327	Prévention de la maladie/promotion de la santé cardiorespiratoire
304	Cardiologie et hémodynamie	317	Gestion (responsable, coordonnateur, ...)	328	Évaluation prévacinale
305	Épreuves diagnostiques du sommeil	319	Groupe de médecine de famille (GMF)	329	Enseignement formation initiale
306	Soins à domicile	320	Épreuves diagnostiques de la fonction cardiaque (effort)	330	Enseignement cessation tabagique
309	Rééducation respiratoire	322	Enseignement aux pairs, professionnels, stagiaires et RCR	331	Vente d'équipements/produits
310	Enseignement aux patients et à la famille (Asthme, etc...)	323	Sédation-analgésie		

DOMICILE PROFESSIONNEL / ATTESTATION DE VÉRACITÉ (DÉCLARATION OBLIGATOIRE)**OBLIGATOIRE ! Lisez attentivement, cochez et signez.**

- ☐ Je comprends que le domicile professionnel est le lieu où j'exerce principalement ma profession et que cette information (adresse et numéro de téléphone) est accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- ☐ Je comprends que si je ne fournis pas à l'Ordre un lieu de travail principal, mon adresse personnelle deviendra mon domicile professionnel et sera accessible à toute personne qui en fait la demande ou consulte le site internet de l'Ordre.
- ☐ Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de domicile **dans les 30 jours** à compter du changement.
- ☐ Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre de tout changement de statut **immédiatement** lors d'une modification à ma situation professionnelle.
- ☐ Je **dois aviser** le Secrétaire de l'Ordre dans les 10 jours à compter de celui où je suis informé, d'une poursuite pour une infraction punissable de cinq (5) ans d'emprisonnement ou plus.
- ☐ Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont vrais au meilleur de ma connaissance.

DATE

SIGNATURE MANUSCRITE (OBLIGATOIRE)

INSCRIPTION AU TABLEAU DES MEMBRES

✓ ↓ Cocher la catégorie qui s'applique à votre situation	Frais de réinscripti on	Cotisation	TPS 5%	TVQ 9,975%	Assurance responsabilité professionnelle*	Contribution obligatoire au financement de l'Office des professions du Québec	TOTAL À PAYER		
							Paie ment en un seul versement	Paie ment en 2 versements	
								1 ^{er} versement	2 ^e versement
☐ Membre actif privé avec assurance	250,00 \$	504,00 \$	37,70 \$	75,21 \$	64,13 \$	37,60 \$	968,64 \$	701,90 \$	289,74 \$
☐ Membre actif public avec assurance	250,00 \$	504,00 \$	37,70 \$	75,21 \$	15,08 \$	37,60 \$	919,59 \$	652,85 \$	289,74 \$
☐ Membre non actif (sans assurance)	250,00 \$	285,00 \$	26,75 \$	53,37 \$		37,60 \$	652,72 \$	511,88 \$	163,84 \$

Un membre non actif n'est pas autorisé à poser d'activités professionnelles (voir alinéa 7 de l'article 37.1 du Code des professions)

*La taxe de la prime d'assurance responsabilité professionnelle sera ajustée au 1er janvier de 9% à 9,975%.

PAIEMENT

☐ Chèque

Veuillez libeller votre chèque au nom de l'Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (ou OPIQ) et inscrire votre numéro de permis sur le chèque

☐ 1 VERSEMENT

Date de votre chèque : date du jour

☐ 2 VERSEMENTS PAR CHÈQUE

(Le paiement en 2 versements est disponible seulement pour ceux qui se réinscrivent avant le 1^{er} septembre 2026)
Dates de vos chèques : date du jour
1^{er} septembre 2026

☐ VISA ☐ MASTERCARD

L'Ordre vous contactera pour obtenir les informations de votre carte de crédit, mais vous devez signer ci-dessous pour autoriser le prélèvement.

Signature du titulaire (obligatoire) : _____

Retraité

Si vous vous réinscrivez et que vous êtes à la retraite, joindre une preuve de votre départ à la retraite à ce présent formulaire. Ainsi, vous n'aurez pas à payer les frais de réinscription.

INFORMATIONS

- Transmettre ce formulaire à l'adresse courriel suivante : inscription@opiq.qc.ca
- IMPORTANT ! Vous devez vous inscrire annuellement au Tableau des membres avant le 1^{er} avril. Vous recevrez au mois de février de chaque année, par voie électronique, un avis d'inscription annuelle et d'acquiescement de paiement pour la cotisation et la prime d'assurance responsabilité professionnelle.
- Vous avez des questions ? Faites-les parvenir par courriel à l'adresse suivante : info@opiq.qc.ca