



Syndicat professionnel des homéopathes du Québec (CSN-FP)

Formulaire de demande pour statut de membre stagiaire ou actif du SPHQ

*« Nous vous remercions de contribuer au déploiement
de l'homéopathie au Québec. »*

CONFIDENTIEL

1600, de Lorimier, #391, Montréal (Qc), H2K 3W5;
téléphone : 514-525-2037; 1-800-465-5788
télécopieur : 514-525-2037
accueil@sphq.org

1. Identification et coordonnées personnelles

Nom: _____

Prénom: _____

Date de naissance : _____

An/mois/jour

Genre: M F

Adresse de la résidence si bureau idem

N° civique, rue, app.: _____

Ville, Province : _____

Code postal : _____

Pays: _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Cellulaire: _____

Courrier électronique : _____

⇒ [Veuillez informer le SPHQ de tout changement. Merci.](#)

Nationalité(s): _____

Statut au Canada : Citoyen Résidence permanente Autre

Si autre, préciser : _____

Langue maternelle : _____

Langues parlées et écrites :

Français Anglais Espagnol Autre: _____

Statut demandé au SPHQ

Membre stagiaire 2.1 (en formation théorique et clinique)

Membre stagiaire 2.2 (en formation clinique)

Membre actif (aller directement à la page 4). Pour les diplômé-es de l'école MICH à partir de 2013, veuillez prendre connaissance des documents à fournir (haut de la page 4) et ensuite, complétez le formulaire à partir de la section 6. Pour les diplômé-es avant 2013, complétez tout le formulaire à partir de la page 4.

No de membre actuel (si déjà au SPHQ) : _____

initiales : _____

2.1 Stagiaire (en formations théorique et clinique)

L'élève ci-dessus-mentionné est inscrit et participe à ses cours en homéopathie.
Il est sous supervision clinique à :

Signature de la direction : _____

Date : _____
An/mois/jour**2.2 Stagiaire** (en formation clinique)

Si vous pouvez fournir vos relevés de notes et attestations pour tous les cours théoriques et les prérequis, vous pourrez déjà être inscrit sur le site internet du SPHQ dans la section [Trouver un homéopathe](#).

Il est donc dans votre intérêt de tenir votre dossier à jour auprès du SPHQ. (pages 4 à 10)

3. Déclaration du demandeur

3.1 Avez-vous été l'objet d'une plainte, d'une enquête ou d'une poursuite en relation avec une de vos pratiques professionnelles ? **OUI** **NON**

Si oui, expliquer et joindre les documents pertinents :

3.2 J'affirme avoir lu et compris :

- **les Statuts et Règlements du SPHQ***
- **le Code de déontologie du SPHQ***

*documents disponibles sur le site www.sphq.org sous l'onglet « SPHQ »

Signature_____
An/mois/jour

initiales : _____

- **Pour demander le statut de membre actif ou**
- **Pour compléter votre dossier comme membre stagiaire 2.2 ;**



Veillez joindre une copie :

- *des attestations annuelles de type relevé de notes pour les cours en homéopathie et les disciplines complémentaires mentionnant le nombre d'heures,*
- *un bulletin cumulatif de fin de cours;*
- *un rapport de stage complété et réussi;*
- *un diplôme (après le stage)*

4.1 Études secondaires, collégiales, universitaires

Niveau atteint	Année de promotion	Diplôme(s)	École ou Institution

4.2 Prérequis à la formation initiale

Sujet	Normes SPHQ	Terminé (heures)	En cours (heures)	École ou professeur	Année(s)	Examen (oui/non)	À L'USAGE DU SPHQ SEULEMENT
Anatomie	90 h.						
Microbiologie	60 h.						
Physiologie	90 h.						
Pathologie	90 h.						

4.3 Études en homéopathie : formation initiale

A) Cours théoriques en homéopathie

Sujet	Normes SPHQ	Terminé (heures)	En cours (heures)	École ou professeur	Année(s)	Examen (oui/non)	À L'USAGE DU SPHQ SEULEMENT
Histoire	15 h.						
Théorie Homéopathique	90 h.						
Théorie Clinique	90 h.						
Matière Médicale	195 h.						
Thérapeutique homéopathique	330 h.						
Pharmacopée	15 h.						

initiales : _____

B) Cours cliniques

Sujet	Normes SPHQ	Terminé (heures)	En cours (heures)	École ou Maître de stage	Année(s)	Examen (oui/non)	à l'usage du SPHQ seulement
Observation clinique	240 h.						
Stage	60 h.						

Modalités : _____

C) Cours complémentaires

Sujet	Normes SPHQ	Terminé (heures)	En cours (heures)	École ou professeur	Année(s)	Examen (oui/non)	à l'usage du SPHQ seulement
Nutrition	30 h.						
Médecine énergétique	30 h.						
Relation d'aide	60 h.						
Gestion de bureau	7,5 h.						
Déontologie	7,5 h.						
Autre (spécifier)							

Autres formations pertinentes (recherche, méthodologie de recherche, biologie, microbiologie, pharmacie, vétérinaire, herboristerie, etc.)

initiales : _____

5. Développement professionnel continu

5.1 Activités dispensées par le SPHQ

Titre ou sujet	Nom du professeur ou du conférencier	Date(s)	Heures	Examen (oui/non)	à l'usage du SPHQ seulement

5.2 Autres activités autorisées par le SPHQ (congrès, séminaires, conférences...)

Titre ou sujet	Nom du conférencier	Date(s)	Heures	Examen (oui/non)	à l'usage du SPHQ seulement

Autres expériences professionnelles pertinentes : _____

initiales : _____

6. Pratique professionnelle

6.1 Coordonnées professionnelles

Bureau 1 : (cocher si idem à l'adresse de résidence)

Raison sociale : _____

N° civique, Rue, app.: _____

Ville, Province : _____

Code Postal : _____ Pays: _____

Téléphone : _____ Poste: _____

Télécopieur: _____

Courrier électronique: _____

Site Web: _____

Bureau 2 :

Raison sociale : _____

N° civique, Rue, app: _____

Ville, Province : _____

Code Postal : _____ Pays: _____

Téléphone : _____ Poste: _____

Télécopieur: _____

Courrier électronique: _____

Site Web: _____

Correspondance avec le SPHQ : Cocher l' adresse où vous désirez recevoir votre correspondance écrite

Adresse résidentielle

Bureau 1

Bureau 2

N.B. En conformité avec la Loi des renseignements personnels, le SPHQ ne transmet aucune liste nominative des coordonnées des membres à des tiers, sauf aux compagnies d'assurances qui honorent les reçus en homéopathie. Autrement, il procède lui-même à l'envoi d'information en provenance de tiers s'il y a lieu.

Répertoire public des membres du SPHQ

-Cocher les coordonnées que vous désirez que le SPHQ communique au public* :

*membre actif et stagiaire (2.2) uniquement

résidence

bureau 1

bureau 2

Je désire que le SPHQ ne transmette aucune coordonnée à mon sujet au public.

initiales : _____

6.2 Profil de la pratique homéopathique (pour fins de statistiques)

A) Description de votre contexte de travail

(propriétaire d'une clinique en médecine alternative, clinique multidisciplinaire, distributeur de produits de santé/aliments naturels, laboratoire, pharmacie...):

B) Statistiques par mois

- Nombre d'heures de travail rémunéré en homéopathie : _____
- Nombre de patient(e)s vus : _____ Nombre de nouveaux patient(e)s : _____
- Pourcentage de : cas aigus : _____ % et cas chroniques : _____ %

- Nombre d'heures de travail rémunéré autre qu'en homéopathie : _____
- *Secteur d'activité : _____

C) Votre pratique :

-Limitez-vous votre pratique à un groupe de patients ? (ex : pédiatrie, animaux)

OUI **NON**

Si oui, spécifier : _____

-Limitez-vous votre pratique à certains types de cas/pathologies ? **OUI** **NON**

Si oui, spécifier : _____

initiales : _____

-Nombre d'années de pratique en homéopathie : _____

-Tarif de la première consultation (\$) : _____ (durée) _____

Tarif des suivis (\$) : _____ (durée) _____

-Fournissez-vous des remèdes homéopathiques à vos patient(e)s ?

OUI **NON**

Si oui, s'agit-il de préparations **magistrales** ou **commerciales**

Le prix des remèdes est-il inclus dans le coût de votre consultation ? **OUI** **NON**

-Fournissez-vous des reçus pour vos consultations ? **OUI** **NON**

*De quelles associations ? **SPHQ** **Autres** : _____ _____

-Avez-vous un numéro d'enregistrement pour la TPS et la TVQ : **OUI** **NON**

6.3 Autres activités professionnelles

Êtes-vous membre d'une autre association de thérapeutes ? **OUI** **NON**

Laquelle ou lesquelles ? _____

Êtes-vous membre d'un ordre professionnel? **OUI** **NON**

Si oui, lequel ? _____

Avez-vous de l'expérience en enseignement : **OUI** **NON**

Si oui, indiquez la ou les disciplines (clinique, recherche, pathologie ou tout autre domaine).

Avez-vous une pratique en recherche ? **OUI** **NON**

Si oui, de quel type ? (clinique, etc.) _____

Avez-vous des aptitudes ou de l'expérience comme conférencier, animateur, etc. ?

OUI **NON**

initiales : _____

7. Déclaration

7.1 Avez-vous été l'objet d'une plainte, d'une enquête ou d'une poursuite en relation avec une de vos pratiques professionnelles ? **OUI** **NON**

Si oui, expliquer et joindre les documents pertinents :

7.2 J'atteste que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont exacts et je m'engage à aviser sans délai la Secrétaire du SPHQ de tout changement aux renseignements contenus dans cette déclaration.

Signature

Date

7.3 J'affirme avoir lu et compris :

- les Statuts et Règlements du SPHQ*
- le Code de déontologie du SPHQ*

*documents disponibles sur le site www.sphq.org sous l'onglet « SPHQ »

Signature

Date

*« Nous vous remercions de contribuer au
déploiement de l'homéopathie au Québec. »*

Le Comité d'admission du SPHQ s'engage à analyser votre demande d'admission et à statuer sur votre admissibilité à l'intérieur d'une période de 3 mois.

Veuillez noter que toute fausse déclaration entraînera l'annulation de votre demande d'admission ou, le cas échéant, de votre statut de membre du SPHQ.

initiales : _____