

# FORMULAIRE DE SIGNALEMENT RELATIF À L'EXERCICE ILLÉGAL OU À L'USURPATION DE TITRE

## BUREAU DE SURVEILLANCE DE L'EXERCICE INFIRMIER

TÉL. ....514 935-2501 OU  
1 800 363-6048, POSTE 321  
TÉLÉC. ....514 935-8457

VEUILLEZ UTILISER CE FORMULAIRE POUR SIGNALER AU BUREAU DE SURVEILLANCE DE L'EXERCICE INFIRMIER UNE INFORMATION RELATIVE À L'EXERCICE ILLÉGAL DE LA PROFESSION OU À L'USURPATION DU TITRE D'INFIRMIÈRE OU D'INFIRMIER.

**VEUILLEZ LE REMPLIR DIRECTEMENT À L'ÉCRAN ET L'IMPRIMER OU L'IMPRIMER ET LE REMPLIR À LA MAIN. VOUS DEVREZ ENSUITE LE SIGNER ET NOUS L'ACHEMINER PAR LA POSTE OU PAR TÉLÉCOPIEUR.**

LES COORDONNÉES SUIVANTES NOUS PERMETTRONT D'ENTRER EN CONTACT AVEC VOUS.

### 1 Identification de la personne qui fait le signalement

Nom			Prénom		
N° de permis si vous êtes membre de l'OIIQ			Titre		
Nom de l'établissement					
Adresse (n° rue)		Ville		Code postal	
Téléphone (maison)		Téléphone (travail)		Poste	

### 2 Identification de la personne visée par votre signalement

Nom			Prénom		
Adresse (n° rue)		Ville		Code postal	
Province			Téléphone		

### 3 Précision supplémentaire

La personne visée est-elle au courant du signalement que vous faites à l'OIIQ ?    oui     non

### 4 Identification des témoins

Nom	Prénom	Téléphone (maison)	Téléphone (travail)

## 5 Identification du lieu où se sont déroulés les événements

Lieu

Adresse (n° rue)

Ville

Code postal

Téléphone (maison)

Téléphone (travail)

Poste

## 6 Événements justifiant votre signalement

VEUILLEZ DÉCRIRE BRIÈVEMENT, PAR ORDRE CHRONOLOGIQUE, LES ÉVÉNEMENTS MOTIVANT VOTRE SIGNALEMENT EN INDIQUANT SI POSSIBLE :

- LES **DATES**
- LES **LIEUX**
- UNE **BRÈVE DESCRIPTION DES ÉVÉNEMENTS**
- LES **DÉMARCHES ENTREPRISES RELATIVEMENT À CES ÉVÉNEMENTS.**

SI VOUS DISPOSEZ DE DOCUMENTS PERTINENTS, VEUILLEZ EN ANNEXER UNE COPIE À VOTRE ENVOI.

**IL EST IMPORTANT DE BIEN CONSERVER LES ORIGINAUX DE TOUS LES DOCUMENTS QUE VOUS JUGEZ PERTINENTS.**

### Résumé des événements

(AU BESOIN, AJOUTER DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES)

--

--	--	--	--	--

Signature (obligatoire)

Année

mois

jour

VEUILLEZ ACHEMINER CE FORMULAIRE, SOUS PLI CONFIDENTIEL, À L'ADRESSE SUIVANTE :

**Bureau de surveillance de l'exercice infirmier**

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boul. Dorchester Ouest

Westmount (Québec) H3Z 1V4