

# FORMULAIRE DE SIGNALEMENT RELATIF À L'ÉTAT DE SANTÉ D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INFIRMIER

## 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 QU'UNE INFIRMIÈRE OU UN INFIRMIER PRÉSENTE UN ÉTAT DE SANTÉ INCOMPATIBLE AVEC L'EXERCICE DE LA PROFESSION.

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		
Titre					
Nom de l'établissement					
Adresse (n° rue)		Ville		Code postal	
Téléphone (maison)		Téléphone (travail)		Poste	

### 2 Identification de l'infirmière ou de l'infirmier

Nom			Prénom			N° de permis OIIQ		
Adresse (n° rue)		Ville		Code postal				
Province			Téléphone					

### 3 Précision supplémentaire

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

### 4 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.

## 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