

IDENTIFICATION DE L'INFIRMIÈRE CONCERNÉE

Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de permis (s'il est connu): _____ Fonction au moment des faits: _____
 Employeur au moment des faits: _____
 Adresse: _____
 Numéro Rue Ville
 Province Pays Code postal
 Téléphone: _____ Télécopieur: _____

SIGNATAIRE

Le signataire de cette demande d'enquête a-t-il été témoin des faits? Oui Non
 Sinon, quelle est sa source d'information? _____

LES INFORMATIONS FOURNIES SONT VRAIES AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE, ET J'AI SIGNÉ

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____
 Numéro Rue Appartement Municipalité - Ville
 Province Pays Code postal Téléphone
 X
 Signature _____ Date (aaaa/mm/jj)

NATURE DES FAITS

DATE ET LIEU	FAITS	CLIENT(S) IMPLIQUÉ(S)	TÉMOIN(S)

Veuillez joindre tous les documents pertinents. Si vous manquez d'espace pour la section Nature des faits, s.v.p. joindre une feuille supplémentaire. Merci.

Veuillez faire parvenir cette demande d'enquête sous pli confidentiel à:
 Syndic • Bureau du syndic, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 4200, rue Molson, Montréal (Québec) H1Y 4V4
 Courriel: syndic@oiiq.org – Téléphone: (514) 935-2501 ou 1 800 363-6048, poste 282 – Télécopieur: (514) 935-5842