

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT RELATIF À LA COMPÉTENCE D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN INFIRMIER

DIRECTION, SURVEILLANCE ET INSPECTION PROFESSIONNELLE

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

VEUILLEZ UTILISER CE FORMULAIRE POUR SIGNALER AU COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE DE L'OIIQ UNE INFORMATION QUI MET EN CAUSE LA COMPÉTENCE D'UNE INFIRMIÈRE OU D'UN 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 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

À votre connaissance, les renseignements concernant cette infirmière ou cet infirmier ont-ils été portés à l'attention du Bureau du syndic de l'Ordre ? oui non

4 Postes occupés par cette personne dans l'établissement

VEUILLEZ DÉBUTER PAR LE POSTE LE PLUS RÉCENT

Date (début et fin)	Titre d'emploi	Statut et horaire	Unité/secteur d'activités

5 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

Année

mois

jour

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

Direction, Surveillance et inspection professionnelle

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4