

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

## DIRECTION, BUREAU DU SYNDIC

TÉL. ....514 935-2501 OU  
1 800 363-6048, OPTION 3  
TÉLÉC. ....514 935-5842

VEUILLEZ UTILISER CE FORMULAIRE POUR SIGNALER A LA DIRECTION,  
BUREAU DU SYNDIC 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  
REEMPLIR À LA MAIN. VOUS DEVEZ 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		Province		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			Poste		

### 3 Précision supplémentaire

La personne visée 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.

**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 :

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