

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	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

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, rue Molson

Montréal (Québec) H1Y 4V4