

FORMULAIRE DE SIGNALEMENT RELATIF À LA COMPÉTENCE



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

Veillez utiliser ce formulaire pour signaler au comité d'inspection professionnelle de l'OIIAQ une information qui met en cause la compétence d'une infirmière auxiliaire.

2 façons de compléter ce formulaire :

1. À l'ordinateur

Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel.

2. Par la poste/ télécopieur

Imprimez et remplissez à la main en lettres moulées pour l'acheminer par la poste ou par télécopieur.

1. Coordonnées du demandeur * Champs obligatoires

Statut *

Nom *

Prénom *

Titre (si applicable)

Nom de l'établissement (si applicable)

Adresse (n° rue) *

Ville *

Province *

Code postal *

Courriel

Téléphone (maison) *

Téléphone (travail) poste *

2. Coordonnées de l'infirmière auxiliaire visée

Nom *

Prénom *

N° de permis OIIAQ *

Adresse (n° rue) *

Ville *

Code postal *

Province *

Téléphone

3. Postes occupés par cette personne dans l'établissement

Veillez débiter par le poste le plus récent.

Date (début et fin)	Titre d'emploi	Statut et horaire	Unité de soins

Direction Encadrement de la profession

☎ : 514 282-9511 ou

1 800 283-9511, poste 267

☎ : 514 282-1517

✉ : service.inspection@oiiq.org

Résumé des événements*

4. Description et résumé des faits

Veillez 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 (suite)

5. Précision(s) supplémentaire(s)

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

Oui Non

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

Oui Non

Signature (obligatoire)*

Année*

Mois*

Jour*

Si le comité d'inspection professionnelle décide de procéder à une inspection sur sa compétence, SEULE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE SERA INFORMÉE DE LA DÉCISION.

Veillez acheminer ce formulaire, sous pli confidentiel, à l'adresse suivante ou l'envoyer par courriel en cliquant sur le bouton ci-dessous :



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec

**Direction Encadrement
de la profession**

3400, boul. De Maisonneuve
Ouest, bureau 1115

Montréal (Québec) H3Z 3B8

☎ : 514 282-1517

✉ : service.inspection@oiiq.org

IMPORTANT ⚠

Enregistrez d'abord le formulaire sur votre poste de travail, remplissez-le à l'écran et envoyez-le par courriel en cliquant sur le bouton ici à droite.