



# FORMULAIRE DE SIGNALEMENT RELATIF À LA COMPÉTENCE

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.

## Il y a 2 façons de remplir ce formulaire :

- 1- Vous pouvez remplir le formulaire à l'écran et l'envoyer par courriel en utilisant le bouton prévu à cet effet à la page 2. Si vous choisissez cette méthode, assurez-vous d'enregistrer le formulaire sur votre poste de travail.
- 2- Sinon, vous pouvez imprimer et remplir le formulaire à la main en lettres moulées. Vous devrez ensuite le signer et l'envoyer 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

#### 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\*

Vous pouvez joindre d'autres pages au formulaire si cela s'avère nécessaire.

#### 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 :**

Service de l'inspection professionnelle / Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec

3400, boulevard De Maisonneuve Ouest, Bureau 1115, Montréal, Québec H3Z 3B8 Canada / Télécopieur : 514 419-9521

Courriel : [service.inspection@oiaq.org](mailto:service.inspection@oiaq.org)