



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