

## Formulaire de demande d'enquête

Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande d'enquête, accompagné d'une description de vos préoccupations (voir section D).

Remplissez le formulaire à l'écran et imprimez-le ensuite, ou imprimez-le afin de le remplir au stylo. Les demandes d'enquête dûment remplies et **signées** peuvent être acheminées à la Direction des enquêtes, aux coordonnées mentionnées dans l'en-tête.

Pour toute question sur le processus d'enquête ou sur la conduite professionnelle d'un médecin, vous pouvez communiquer avec la Direction des enquêtes du Collège des médecins du Québec ou consulter notre site web au [www.cmq.org](http://www.cmq.org).

### A) Coordonnées du demandeur d'enquête

Veillez noter que les coordonnées que vous fournissez sont celles que le Collège des médecins du Québec utilisera pour vous joindre.

M.  Mme  Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse (n°) \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ App. n° \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_

Téléphone (cellulaire) \_\_\_\_\_

**Si vous êtes le patient**, veuillez nous indiquer votre :

Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_

**Si vous n'êtes pas le patient**, indiquez votre statut vis-à-vis du patient et fournissez ses coordonnées à la section B.

De plus, **si vous faites votre demande au nom d'un organisme ou d'une entreprise**, veuillez compléter les champs additionnels ci-dessous.

Organisme ou entreprise \_\_\_\_\_

Titre ou fonction \_\_\_\_\_

## **B) Coordonnées du patient (ne pas remplir si identiques à la section A)**

M.  Mme  Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Adresse (n°) \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ App. n° \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Adresse courriel \_\_\_\_\_  
Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_  
Téléphone (cellulaire) \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance maladie \_\_\_\_\_

## **C) Coordonnées du médecin concerné par votre demande**

Fournissez le plus de renseignements possibles afin de nous aider à identifier le médecin.

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Spécialité \_\_\_\_\_

À quel endroit la consultation avec ce médecin a-t-elle eu lieu ?

Hôpital  Cabinet (clinique)  Clinique sans rendez-vous  Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

Nom de la clinique ou de l'établissement de santé \_\_\_\_\_

Adresse (n°) \_\_\_\_\_ Rue \_\_\_\_\_ Bureau n° \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Si d'autres médecins sont concernés par votre demande, précisez-le sur une feuille jointe.

## **D) Bref résumé de vos préoccupations**

Sur la page suivante, fournissez une description de la situation en incluant, si possible :

- la nature de votre plainte ou de votre insatisfaction;
- la ou les raisons pour lesquelles vous avez consulté ce médecin;
- l'endroit où ces consultations ou événements se sont produits;
- les dates auxquelles les consultations médicales ou les traitements ont eu lieu;
- une description des actions effectuées pour tenter de résoudre le problème avec ce médecin ou avec l'hôpital, s'il y a lieu;
- vos attentes vis-à-vis de cette demande d'enquête.

Si nécessaire, vous pouvez ajouter une ou plusieurs feuilles supplémentaires.

Joignez une copie de tous les documents pertinents à l'étude de votre demande, s'il y a lieu.

Signature (obligatoire)

Date

## D) Bref résumé de vos préoccupations