



COLLÈGE DES MÉDECINS
DU QUÉBEC

Direction des enquêtes
Bureau 3500
1250, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal QC H3B 0G2
Tél. : (514) 933-4787 ou 1 888 633-3246, poste 4787
Télec. : (514) 933-2291

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 des raisons de sécurité et de confidentialité, les demandes par courriel ne sont pas acceptées.

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.

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