



COLLÈGE DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

Direction des enquêtes  
1250, boul. René-Lévesque Ouest, bureau 3500  
Montréal, QC H3B 0G2  
Tél. : 514 933-4787 ou 1 888 633-3246, poste 4787  
Télécopieur : 514-933-2291  
[info@cmq.org](mailto:info@cmq.org)

## Formulaire de demande d'enquête

Si vous le souhaitez, vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande d'enquête au sujet d'un ou de plusieurs médecins.

Remplissez ce formulaire à l'écran ou imprimez-le afin de le remplir au stylo. Puis, acheminez-le à la Direction des enquêtes aux coordonnées mentionnées dans l'en-tête. N'hésitez pas à nous contacter pour toute autre question.

### A - Coordonnées du demandeur d'enquête

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

M.      Mme      Nom de famille :      Prénom :

Adresse (n°) :      Rue :      Appartement n° :

Ville :      Province :      code postal :

Téléphone résidence :      Téléphone cellulaire :

Courriel :

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

Date de naissance :      Numéro d'assurance **maladie** (lettres et chiffres) :

**Si vous n'êtes pas le patient**, veuillez indiquer votre statut vis-à-vis ce dernier 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 :      Appartement n° :

Ville :      Province :      code postal :

Téléphone résidence :      Téléphone cellulaire :

Courriel :

Date de naissance :      Numéro d'assurance **maladie** (lettres et chiffres) :

## C - Coordonnées du médecin concerné par votre demande

Fournissez le plus de renseignements possible 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 :      Ville :

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

## D - Description de vos préoccupations

À 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;
- si vous mentionnez des soins reçus par d'autres médecins dans votre demande, même si vous n'avez rien à reprocher à ces médecins, veuillez nous indiquer leur nom et le lieu de la consultation (nous devons peut-être consulter votre dossier médical tenu par ces médecins);
- vos attentes vis-à-vis 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 (**y compris tout enregistrement éventuel**), s'il y a lieu.

**Signature**

**Date**

**D - Description de vos préoccupations**