

## DIRECTION DES ENQUÊTES

1250, boul. René-Lévesque O., bur. 3500, Montréal (Québec) H3B 0G2

Tél. : 514 933-4441 ou 1 888 633-3246

Télé. : 514-933-2291 | [deonto@cmq.org](mailto:deonto@cmq.org)



COLLÈGE  
DES MÉDECINS  
DU QUÉBEC

### Direction des enquêtes

## Formulaire de demande d'enquête

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

Remplissez ce formulaire à l'écran (ou imprimez-le pour le remplir à la main) et acheminez-le à la Direction des enquêtes (coordonnées mentionnées dans l'en-tête). N'hésitez pas à nous contacter pour toute autre question.

Si votre demande d'enquête concerne une résidente ou un résident, une monitrice ou un moniteur, les renseignements que vous nous fournissez seront transmis aux instances universitaires pour analyse.

### A – Vos coordonnées

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

Pronom utilisé :  Elle  Il  Autres  Préfère ne pas répondre

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Mode de communication privilégié :  Poste  Courriel sécurisé

**Si vous êtes la patiente ou le patient**, veuillez nous indiquer votre date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie (lettres et chiffres) : \_\_\_\_\_

**Si vous n'êtes pas la patiente ou le patient**, veuillez indiquer votre lien avec cette personne 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 fournir ces informations.

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

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

## B – Coordonnées de la patiente ou du patient (ne pas remplir si identiques à la section A)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone (résidence) : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance maladie (lettres et chiffres) : \_\_\_\_\_

## C – Coordonnées de la médecin visée ou du médecin visé par votre demande

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

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Spécialité : \_\_\_\_\_

À quel endroit la consultation avec cette personne 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 visés par votre demande, précisez-le dans les pages suivantes.

## D – Description de vos préoccupations

Fournissez une description de la situation, y incluant, si possible :

- la nature de votre plainte ou de votre insatisfaction;
- la ou les raisons pour lesquelles vous avez consulté cette personne;
- l'endroit où ces consultations ou événements se sont déroulés;
- les dates auxquelles les consultations 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 leurs noms et les lieux de consultation (nous devons peut-être consulter votre dossier médical tenu par ces médecins);
- vos attentes concernant cette demande d'enquête.

Veuillez compléter votre description aux pages prévues à cet effet à l'annexe A de ce formulaire. Joignez une copie de tous les documents pertinents pour l'étude de votre demande (**y compris tout enregistrement**), s'il y a lieu.

**ANNEXE A**

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_





