

DEMANDE D'ENQUÊTE SUR LA CONDUITE D'UN MÉDECIN VÉTÉRINAIRE

COMMENT PROCÉDER?

Veillez utiliser ce formulaire pour déposer une demande d'enquête concernant un ou plusieurs médecins vétérinaires, accompagné de votre déclaration. (voir section D)

Remplissez ce formulaire à l'écran et imprimez-le ensuite, ou imprimez-le afin de le remplir au stylo. Transmettez le formulaire au Bureau du syndic :

800, avenue Sainte-Anne, bureau 401, Saint-Hyacinthe, Québec J2S 5G7
Téléphone : 1 800 267-1427 poste 212 Télécopieur : 450 771-0131 bureau.syndic@omvq.qc.ca

Pour toute question supplémentaire, vous pouvez communiquer avec le Bureau du syndic de l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec ou consulter notre site web au www.omvq.qc.ca. Prenez note que l'intervention du Bureau du syndic ne donne droit à AUCUNE compensation monétaire.

A) COORDONNÉES DU DEMANDEUR D'ENQUÊTE

Veillez noter que les coordonnées que vous nous fournissez sont celles que l'Ordre des médecins vétérinaires du Québec utilisera pour vous joindre. Il est donc important qu'après le dépôt de votre demande d'enquête, vous teniez le Bureau du syndic informé de tout changement.

M. Mme

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
Numéro civique Rue Appartement numéro

Ville : _____ Code Postal : _____ Province : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (travail) : _____

Téléphone cellulaire : _____ Autre : _____

Êtes-vous le propriétaire de l'animal : Oui Non

Si vous n'êtes pas le propriétaire de l'animal, indiquez votre statut vis-à-vis le propriétaire de l'animal et l'animal lui-même en ce qui à trait à la présente demande d'enquête :

Est-ce que le médecin vétérinaire visé par cette demande d'enquête est le médecin vétérinaire habituel traitant de l'animal? Oui Non

Si non, veuillez nous fournir les coordonnées de ce dernier : _____

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

Nom de l'organisme ou de l'entreprise : _____

Titre ou fonction dans cet organisme ou cette entreprise : _____

B) COORDONNÉES DU OU DES MÉDECIN(S) VÉTÉRIINAIRE(S) CONCERNÉ(S) PAR VOTRE DEMANDE

Fournissez le plus de renseignements possible pour nous permettre son identification.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Spécialité (s'il y a lieu) : _____

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

Centre Hôpital Clinique Bureau À domicile Ailleurs (précisez) : _____

Nom de l'établissement vétérinaire en cause : _____

Adresse : _____
Numéro civique Rue Bureau numéro

Ville : _____ Code Postal : _____ Province : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone (résidence) : _____ Téléphone (travail) : _____

Téléphone cellulaire : _____ Autre : _____

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

C) 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 un médecin vétérinaire;**
- **l'endroit où ces consultations ou ces 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 vétérinaire ou avec l'établissement vétérinaire concerné, s'il y a lieu;**
- **vos attentes vis-à-vis cette demande d'enquête;**
- **les coordonnées de tous les témoins.**

Si nécessaire, vous pouvez ajouter une ou plusieurs feuilles supplémentaires à la présente déclaration.

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

Je certifie que les renseignements contenus dans la présente sont vrais. Je confirme au Bureau du syndic que je suis prêt à collaborer en tout temps à cette enquête, à répondre aux questions et à fournir tous les renseignements et les documents qui me seront demandés et qui pourraient aider à l'enquête et ce, jusqu'à la fermeture du dossier.

Signature obligatoire : _____ Date : _____

Nom/Prénom : (caractères d'imprimerie) _____

