

# Formulaire de divulgation

101 Davenport Road, Toronto, Ontario  
Canada M5R 3P1  
[www.cno.org](http://www.cno.org)

Telephone 416 928-0900  
Toll Free (Canada) 1 800 387-5526  
Facsimile 416 928-6507



COLLEGE OF NURSES  
OF ONTARIO  
ORDRE DES INFIRMIÈRES  
ET INFIRMIERS DE L'ONTARIO  
L'EXCELLENCE EN SOINS

## Marche à suivre pour remplir ce formulaire.

Étape 1 : Veuillez lire la Politique de Protection des renseignements personnels de l'OIIO à [www.cno.org/confidentialite/](http://www.cno.org/confidentialite/) pour comprendre l'usage que l'on fera de vos renseignements personnels.

Étape 2 : Veuillez fournir tous les renseignements demandés sur le formulaire. À noter :

- Les renseignements divulgués pourront figurer au tableau Find a Nurse de l'OIIO, en vertu de l'article 23 du Code des professions de la santé, Annexe 2 de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées.
- Lorsque vous remplissez ce formulaire, il vous est interdit de communiquer toute information pouvant contrevenir à une ordonnance de non-publication.
- L'information relative aux procédures de l'OIIO ne doit pas être communiquée.

Étape 3 : Signez et datez le formulaire au bas de la page 3.

Étape 4 : Envoyez le formulaire dûment rempli à l'OIIO par courrier, à l'adresse postale indiquée en haut de ce formulaire.

Nom (incluant le nom de jeune fille ou d'autres noms)

No d'inscription :

## Adresse domiciliaire

Adresse municipale

Ville

Province/État

Code postal/Zip

No de téléphone (domicile)

No de téléphone (bureau)

1. Avez-vous été accusée/accusé d'une infraction dans une administration quelconque? Infraction s'entend de la violation d'une loi qui fait l'objet d'une poursuite devant un tribunal. Cela comprend toute infraction commise dans une administration quelconque.  Oui  Non
2. Avez-vous été reconnue/reconnu coupable d'une infraction? Cela comprend toute infraction commise dans une administration quelconque, y compris, mais sans s'y limiter, les infractions criminelles et les infractions à une loi fédérale ou provinciale. Vous avez été reconnue/reconnu coupable d'une infraction même si vous avez été graciée/gracié ou si vous avez reçu une absolution conditionnelle ou inconditionnelle.  Oui  Non
3. Faites-vous actuellement l'objet d'une enquête ou d'une procédure pour faute professionnelle, incompétence ou inaptitude ou de toute autre enquête ou procédure similaire liée à l'exercice de toute profession dans une administration quelconque ou avez-vous été reconnue/reconnu coupable de faute professionnelle, d'incompétence, d'inaptitude, ou de toute autre décision de culpabilité similaire liée à toute profession dans une administration quelconque?  Oui  Non
4. Avez-vous été reconnue/reconnu coupable de négligence professionnelle ou de faute médicale depuis le 4 juin 2009?  Oui  Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions précédentes, veuillez fournir les renseignements prescrits ci-dessous. Le service de la Conduite professionnelle examinera cette information pour déterminer si d'autres mesures sont indiquées. Il vous avisera par correspondance ultérieure des mesures qui seront prises, le cas échéant.

Date

Signature

## 1. INFRACTION

Nature de l'infraction : \_\_\_\_\_

Description de l'infraction : p. ex., « J'ai été reconnue/reconnu coupable de vol avec un préjudice inférieur à 5 000 \$, après avoir volé à l'étalage des articles d'une valeur de 500 \$ ».

Date de la décision de culpabilité : \_\_\_\_\_

Peine : \_\_\_\_\_

Description des conditions de la libération sous caution : \_\_\_\_\_

Nom et emplacement du tribunal où le procès a eu lieu : \_\_\_\_\_

Avez-vous interjeté appel de la décision de culpabilité?  OUI  NON

Si oui, veuillez préciser l'état de l'appel. \_\_\_\_\_

(Remarque : vous devez déposer un rapport modifié si la décision de culpabilité change à la suite de l'appel.)

## 2. PROCÉDURE DISCIPLINAIRE/PROCÉDURE D'INAPTITUDE

Nom de l'organisme de réglementation : \_\_\_\_\_

Adresse municipale : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province/État : \_\_\_\_\_ Code postal/zip : \_\_\_\_\_

Date de début de la procédure : \_\_\_\_\_

Résultat (si connu) : \_\_\_\_\_

Personne-ressource : \_\_\_\_\_

### 3. DÉCISION DE NÉGLIGENCE PROFESSIONNELLE OU DE FAUTE MÉDICALE

Comme le prescrit l'article 23(2)8 du *Code des professions de la santé, Annexe 2 de la LPSR*, cette information sera publiée sur le site Web, au tableau de l'Ordre.

Seules les décisions rendues le 4 juin 2009 ou à une date ultérieure doivent être divulguées à l'OIIO.

Nature de la décision : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Description de la décision : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date du prononcé de la décision : \_\_\_\_\_

Nom et emplacement du tribunal où le procès a eu lieu : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous interjeté appel de la décision de culpabilité?  OUI  NON

Si oui, veuillez préciser l'état de l'appel. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Remarque : vous devez déposer un rapport modifié si la décision de culpabilité change à la suite de l'appel.)

#### RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS/EXPLICATION

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ajouter une page au besoin)

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