Imprimer Réinitialiser

L'ORDRE DES HYGIÉNISTES DENTAIRES DE L'ONTARIO

Formulaire de rapport obligatoire

DATE **NOM DE LA PERSONNE SIGNALANT**

Êtes-vous un professionnel de la santé réglementé? ◯ Oui ◯ Non

Si oui, quelle profession? Autre (précisez) Veuillez préciser

NOM DE L'HYGIÉNISTE DENTAIRE FAISANT L'OBJET DE LA PLAINTE

RELATIONS ENTRE LA PERSONNE SIGNALANT ET L'HYGIÉNISTE DENTAIRE (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- ☐ Employeur/Superviseur
- ☐ Collègue
- ☐ Partenaire commercial/Collaborateur
- ☐ Codirecteur/actionnaire d'une société de professionnels de la santé
- ☐ Responsable d'un établissement ou d'une clinique où exerce l'hygiéniste dentaire
- ☐ Autre : Veuillez préciser

MOTIF DU RAPPORT (Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

- ☐ Je pense que l'hygiéniste dentaire a infligé des mauvais traitements d'ordre sexuel à un(e) patient(e).
- ☐ Je pense que l'hygiéniste dentaire qui exerce au sein de mon établissement est incompétente ou inapte à exercer.
- ☐ J'ai mis fin, suspendu ou restreint les privilèges de l'hygiéniste dentaire en raison d'une faute professionnelle, d'une incompétence ou d'une incapacité.
- ☐ J'ai dissous mon partenariat, mon association ou ma société de professionnels de la santé avec l'hygiéniste dentaire en raison d'une faute professionnelle, d'une incompétence ou d'une incapacité.
- ☐ Je pense que l'hygiéniste dentaire a démissionné de son plein gré ou a restreint son activité en raison d'une faute professionnelle, d'une incompétence ou d'une incapacité, ou en raison d'une enquête portant sur une faute professionnelle, une incompétence ou une incapacité qui lui serait reprochée.

POUR LES RAPPORTS DE MAUVAIS TRAITEMENTS D'ORDRE SEXUEL SEULEMENT

J'ai obtenu le **consentementécrit** du patient/client pour communiquer son nom à l'OHDO : ◯ Oui ◯ Non

Le nom d'un patient/client susceptible d'avoir été victime de mauvais traitements d'ordre sexuels ne peut être divulgué qu'avec son consentement écrit.

Veuillez fournir une explication concernant les allégations de mauvais traitements d'ordre sexuel, de faute professionnelle, d'incompétence ou d'incapacité :

SIGNATURE

Pour toute question ou pour plus d'informations, veuillez contacter complaints@cdho.org ou appeler le 416-961-6234, poste 237.

Veuillez imprimer et envoyer ce formulaire à :
OHDO
À l'attention du service de la discipline
175, rue Bloor Est, Tour Nord, bureau 601
Toronto, Ontario M4W 3R8