

## FORMULAIRE DE PLAINTE

Note : Une plainte peut aussi être formulée verbalement en s'adressant au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services. Ce formulaire peut être rempli en ligne à l'adresse suivante: [santeestrie.qc.ca/plainte](http://santeestrie.qc.ca/plainte)

### 1. IDENTIFICATION DE L'USAGER (SECTION OBLIGATOIRE À REMPLIR)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Pronom pour vous désigner :  elle  il  iel  autre \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ # dossier de l'utilisateur (si connu) : \_\_\_\_\_

### 2. IDENTIFICATION DU PLAIGNANT (SI DIFFÉRENT DE L'USAGER)

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Pronom pour vous désigner :  elle  il  iel  autre \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
À quel titre ?  
 Je suis représentant d'un usager majeur **inapte** :  Curateur  Tuteur  Parent d'un mineur  
 Mandat d'inaptitude  Autre : \_\_\_\_\_  
 J'assiste l'utilisateur **apte** pour le dépôt de sa plainte et je le fais à titre de :  
(Préciser le lien avec l'utilisateur) : \_\_\_\_\_  
Note : L'utilisateur **apte** doit être au courant de ma démarche de plainte et y consentir.  
La plainte sera à son nom et la conclusion lui sera transmise, sauf avis contraire de sa part.

### 3. J'autorise la transmission d'une copie intégrale de ce formulaire de plainte au gestionnaire concerné (au besoin) :

Oui  Non

Note : **Pour les plaintes médicales**, une copie du formulaire de plainte sera transmise au médecin visé selon l'article 47 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

### 4. Signature de l'utilisateur ou du plaignant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

#### Faites parvenir votre formulaire signé

à l'un ou l'autre des points de services (selon le territoire concerné)

#### Pour les territoires de La Pommeraiie et de la Haute-Yamaska :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
CIUSSS de l'Estrie – CHUS  
**Hôpital et CHSLD de Granby**  
205, Boulevard Leclerc Ouest  
Granby (Québec) J2G 1T7  
Par télécopieur : 450 375-8010  
Par courriel : [plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)  
Téléphone : 1 866 917-7903 (sans frais)

#### Pour les autres territoires de l'Estrie :

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services  
CIUSSS de l'Estrie – CHUS  
**CLSC Murray**  
500, rue Murray, case postale 2  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
Par télécopieur : 819 822-6716  
Par courriel : [plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)  
Téléphone : 1 866 917-7903 (sans frais)

5. **INSTALLATION CONCERNÉE :**  CHSLD  CLSC  Hôpital  CR  Résidence privée  Autres

Nom de l'installation : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Nom de la personne visée par la plainte (s'il y a lieu): \_\_\_\_\_

Nom du médecin visé par la plainte (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Date et heure de(s) l'événement(s) (s'il y a lieu): \_\_\_\_\_

6. **EXPOSÉ DES FAITS** (si l'espace est insuffisant, veuillez compléter sur une feuille annexée) :

7. **VOS ATTENTES** (résultats attendus de cette plainte) :