

## 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/plaintes](http://santeestrie.qc.ca/plaintes)

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ # dossier de l'utilisateur (si connu) : \_\_\_\_\_

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

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

À quel titre (cocher une seule case) :

Je suis représentant d'un usager inapte :  Curateur  Tuteur  Parent d'un mineur  
 Mandat d'inaptitude  Autre : \_\_\_\_\_

J'assiste l'utilisateur pour le dépôt de sa plainte à sa demande

Note : La plainte sera au nom de l'utilisateur et la conclusion lui sera transmise, sauf avis contraire de sa part.  
(Ne s'applique pas aux plaintes médicales).

Autres (préciser le lien avec usager) : \_\_\_\_\_

### 3. J'autorise la transmission d'une copie de cette lettre 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 OU PERSONNE 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) :