

FORMULAIRE DE PLAINTE

(formulaire aussi disponible en ligne à www.santeestrie.qc.ca)

IDENTIFICATION DE L'USAGER OU DE L'USAGÈRE (section obligatoire)	IDENTIFICATION DE L'AUTEUR OU L'AUTRICE DE LA PLAINTE (si différent de l'usager)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Pronom pour vous désigner : <input type="checkbox"/> il <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> iel	Pronom pour vous désigner : <input type="checkbox"/> il <input type="checkbox"/> elle <input type="checkbox"/> iel
Date de naissance :	
<input type="checkbox"/> Usager décédé	
Adresse :	Adresse :
Ville :	Ville :
Code postal :	Code postal :
Téléphone :	Téléphone :
Cellulaire :	Cellulaire :
Courriel :	Courriel :
<input type="checkbox"/> Aucun courriel	<input type="checkbox"/> Aucun courriel
Numéro de dossier (si connu) :	

SI VOUS FORMULEZ UNE PLAINTE POUR UN USAGER OU UNE USAGÈRE, VOUS LE FAITES À QUEL TITRE ?
Je suis représentant légal ou représentante légale d'un usager majeur inapte ou d'une usagère majeure inapte :
<input type="checkbox"/> TUTEUR OU TUTRICE
<input type="checkbox"/> MANDATAIRE (MANDAT HOMOLOGUÉ)
<input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) :
Je suis parent d'un enfant mineur ou d'une enfant mineure
J'assiste l'usager majeur apte ou l'usagère majeure apte pour le dépôt de sa plainte. Lien avec l'usager ou l'usagère :
L'usager majeur apte ou l'usagère majeure apte est au courant de ma démarche de plainte et y consent. La plainte sera au nom de l'usager ou de l'usagère et la conclusion lui sera transmise, sauf avis contraire de sa part.

J'autorise la transmission d'une copie intégrale de ce formulaire de plainte au gestionnaire concerné ou à la gestionnaire concernée (au besoin) :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Note : Pour les plaintes médicales , une copie du formulaire de plainte sera transmise au médecin visé ou à la médecin visée selon l'article 47 de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> .

FAITES PARVENIR VOTRE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :

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@sss.gouv.qc.ca Téléphone : 1 866 917-7903 (sans frais)
--

INSTALLATION CONCERNÉE CLSC CHSLD HÔPITAL CENTRE DE RÉADAPTATION RÉSIDENCE PRIVÉE POUR AÎNÉ-E-S (RPA) AUTRE

Nom de l'installation :

Ville :

Nom de la personne visée par la plainte (si connu) :

Nom du médecin visé ou de la médecin visée par la plainte (si connu) :

DATE ET HEURE DE L'ÉVÈNEMENT**EXPOSÉ DES FAITS****VOS ATTENTES**