

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'utilisateur ou de l'utilisatrice)
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 : (mention obligatoire)	
<input type="checkbox"/> Usager décédé ou usagère décédée	
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 ?
L'utilisateur concerné ou l'utilisatrice concernée par cette plainte est inapte et je suis son représentant légal ou sa représentante légale, à titre de :
<input type="checkbox"/> TUTEUR OU TUTRICE
<input type="checkbox"/> MANDATAIRE (MANDAT HOMOLOGUÉ)
<input type="checkbox"/> AUTRE (PRÉCISEZ) :
L'utilisateur concerné ou l'utilisatrice concernée par cette plainte est mineur(e) et je suis son parent
L'utilisateur concerné ou l'utilisatrice concernée par cette plainte est apte et je l'assiste à sa demande
Lien avec l'utilisateur :
La plainte sera au nom de l'utilisateur ou de l'utilisatrice 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'UNE OU L'AUTRE DES ADRESSES SUIVANTES :

<p>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 Téléphone : 1 866 917-7903 (sans frais)</p>	<p>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 Téléphone : 1 866 917-7903 (sans frais)</p>
--	--

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**