**FORMULAIRE DE PLAINTE**

CONFIDENTIELLL

(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 ou de l’usagère)* |
| Nom :  | Nom : |
| Prénom :  | Prénom : |
| Pronom pour vous désigner : [ ]  il [ ]  elle [ ]  iel | Pronom pour vous désigner : [ ]  il [ ]  elle [ ]  iel |
| Date de naissance : (mention obligatoire) |  |
| [ ]  Usager décédé ou usagère décédée |  |
| Adresse :  | Adresse : |
| Ville : | Ville : |
| Code postal :  | Code postal : |
| Téléphone : | Téléphone : |
| Cellulaire :  | Cellulaire : |
| Courriel :  | Courriel :  |
| [ ]  Aucun courriel | [ ]  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’usager concerné ou l’usagère concernée par cette plainte est **inapte** et je suis son représentant légal ou sa représentante légale, à titre de :  |
|  [ ]  Tuteur ou tutrice |
|  [ ]  Mandataire (mandat homologué) |
|  [ ]  Autre (précisez) :  |
| [ ]  L’usager concerné ou l’usagère concernée par cette plainte est **mineur(e)** et je suis son parent |
| [ ]  L’usager concerné ou l’usagère concernée par cette plainte est **apte** et je l’assiste à sa demande Lien avec l’usager : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  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)**:** [ ]  oui [ ]  nonNote : **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 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. |

**Faites parvenir votre formulaire à l’une ou l’autre des adresses suivantes :**

|  |  |
| --- | --- |
| Commissaire aux plaintes et à la qualité des servicesCIUSSS de l’Estrie – CHUS**CLSC Murray**500, rue Murray, case postale 2Sherbrooke (Québec) J1G 2K6Par télécopieur : 819 822-6716Par courriel : plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.caTéléphone : 1 866 917-7903 (sans frais) | Commissaire aux plaintes et à la qualité des servicesCIUSSS de l’Estrie – CHUS**Hôpital et CHSLD de Granby**205, boulevard Leclerc OuestGranby (Québec) J2G 1T7Par télécopieur : 450 375-8010Par courriel : plaintes.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.caTéléphone : 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**  |
|  |