**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  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 *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 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) | 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) |

|  |
| --- |
| **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** |
|  |