

Dossier de plainte # : _____
Orientation : _____

FORMULAIRE DE PLAINTE

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom : _____ Téléphone résidence : _____
Prénom : _____ Téléphone travail : _____
Adresse : _____ Date de naissance : _____
Ville : _____ # de dossier (médical) : _____
Code postal : _____ # de la chambre (si applicable) : _____

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE OU PORTE PLAINTE AU NOM DE L'USAGER (s'il y a lieu)

Nom : _____ Téléphone résidence : _____
Prénom : _____ Téléphone travail : _____
Adresse : _____ Lien avec l'utilisateur : _____
Ville : _____ Organisme (s'il y a lieu) : _____
Code postal : _____

Représentant légal :

- Usager mineur
 Usager majeur inapte

Préciser la nature de la représentation (mandataire, curateur ou autre) _____

INFORMATION SUR LA PLAINTE

Date de l'événement : _____ Heure : _____
Personne concernée : _____
Service concerné : _____

Lieu de l'événement (S.V.P., précisez l'endroit exact)

- Centre hospitalier _____
 CHSLD _____
 CLSC _____
 Ressource intermédiaire _____
 Autre _____

