

FORMULAIRE DE REMERCIEMENT

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 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 L'ÉVÉNEMENT

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

