

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) : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

### IDENTIFICATION DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISME QUI ASSISTE OU PORTE PLAINTÉ 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 : \_\_\_\_\_  
Courriel : \_\_\_\_\_

Représentant légal :

- Usager mineur  
 Usager majeur inapte

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

### INFORMATION SUR LA PLAINTÉ

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 \_\_\_\_\_

