

SIGNALEMENT DE MALTRAITANCE

Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services

1. IDENTIFICATION

SIGNALEMENT OBLIGATOIRE

(CONSENTEMENT NON REQUIS)

Signalant

Prénom		Nom	
Date de l'évènement (AAAA/MM/JJ)		Date du signalement (AAAA/MM/JJ)	

Personne présumée maltraitée

Prénom		Nom	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)		Numéro de dossier	
		Numéro de téléphone	
Aptitude (évaluation médicale)	<input type="checkbox"/> Apte <input type="checkbox"/> Inapte <input type="checkbox"/> Ne sais pas	Mesure de protection et de représentation (tutelle ou mandat de protection)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

MILIEU DE VIE

*CHSLD (précisez l'unité)		*RI-RTF	
*RPA (usager vulnérable)		Autre:	
DQEPE informée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Personne(s) présumée(s) maltraitante(s)

Prénom, nom (proche- aidant, famille, etc.)		Lien avec l'usager	<input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Proche (précisez):
Si employé, titre d'emploi	<input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> infirmière <input type="checkbox"/> intervenant social/ARH <input type="checkbox"/> gestionnaire Autres :		

2. DESCRIPTION DE LA MALTRAITANCE POTENTIELLE – PRO-103, ANNEXE 3

Type(s) : Physique Psychologique Violation des droits Sexuelle Âgisme
 Organisationnelle Matérielle ou financière

3. TÉMOINS DE L'ÉVÈNEMENT

Oui (nom, prénom et fonction) :
 Informations non rapportées (cochez si c'est le cas)

*CHSLD: Centre d'hébergement et de soins de longue durée, RI : Ressource intermédiaire, RTF : Ressource de type familial, RPA : Résidence privée pour aînés

4. DESCRIPTION DE L'ÉVÈNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS ET IMPACTS (CHRONOLOGIE DES FAITS, INDICES DE MALTRAITANCE) – PRO-103, ANNEXE 4

Date AAAA/MM/JJ	Description factuelle, objective, détaillée de l'évènement <i>(faits observables et mesurables)</i>

5. ACTIONS ENTREPRISES POUR METTRE EN PLACE UN FILET DE SÉCURITÉ

OBLIGATOIRE: Actions planifiées / réalisées par l'équipe / Description de chaque action pour éviter la récurrence

<input type="checkbox"/>	Mettre en place un filet de sécurité (ex. : augmenter la présence du personnel dans le milieu, implication de l'équipe des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), démarche d'ouverture d'une mesure de protection et de représentation, information à l'utilisateur sur les ressources d'aide, transfert vers un autre milieu de vie, etc.) Expliquez le filet de sécurité :
<input type="checkbox"/>	Type de soutien offert à la victime conformément à la procédure "Gestion de situation de maltraitance". <u>Expliquez :</u>
<input type="checkbox"/>	Vérifier si d'autres usagers sont ou ont été victimes de maltraitance
<input type="checkbox"/>	Déclenchement d'un processus d'intervention concerté (PIC) ou autre objectif (précisez) : Nom de l'intervenant désigné impliqué :

6. AIDE-MÉMOIRE

<input type="checkbox"/>	Si vous êtes un intervenant, avez-vous averti et impliqué votre gestionnaire et votre répondant de direction?
<input type="checkbox"/>	Avez-vous impliqué l'intervenant désigné de votre direction et la coordonnatrice de la maltraitance pour le PIC?
<input type="checkbox"/>	Est-ce qu'un plan d'action est mis en place pour assurer la sécurité de la personne victime de maltraitance?
<input type="checkbox"/>	Avez-vous impliqué les relations de travail si la présumée personne est un employé du CISSS de l'Outaouais?
<input type="checkbox"/>	Avez-vous complété le formulaire AH-223 si cela s'applique? (POL-049, p.3). Si oui, inscrire le numéro :
<input type="checkbox"/>	Avez-vous fait une divulgation initiale (Pro-008) si celle-ci s'applique?

Formulaire complété par :

Prénom, nom		Titre d'emploi		Date :
-------------	--	----------------	--	--------