

FORMULAIRE DE PLAINTE MÉDICALE

Une plainte précise et détaillée aidera le médecin examinateur à répondre de manière appropriée à vos préoccupations.

Pour faciliter l'examen et assurer une réponse appropriée, il est **fortement recommandé** de déposer une plainte distincte pour chaque médecin impliqué.

Si vous avez besoin d'aide pour rédiger votre plainte ou vos plaintes, vous pouvez communiquer avec le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes (CAAP) de l'Outaouais par téléphone au 819-770-3637 ou par courriel à info@caap-outaouais.ca.

IDENTIFICATION DE L'USAGER (*Personne qui reçoit les services*) (*OBLIGATOIRE*)

*Prénom et nom: _____ *Téléphone: () ____ - _____

*Date de naissance: _____ - _____ - _____ *

carte d'hôpital: _____

*Adresse: _____

*Code postal: _____

*Adresse courriel: _____

IDENTIFICATION DE L'AUTEUR DE LA PLAINTE (*Personne qui écrit la plainte seulement si autre qu'utilisateur*)

Représentant de l'utilisateur*

Nature de l'intérêt (votre lien avec l'utilisateur):

(*avec l'autorisation de l'utilisateur)

Prénom et nom: _____ Téléphone: () ____ - _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Adresse courriel: _____

Motif de la représentation (pourquoi vous représentez l'utilisateur):

LA PLAINTÉ: (*si l'espace est insuffisant, veuillez compléter sur une feuille annexée*)

Nom du médecin visé: _____

Spécialité: _____

Où votre expérience s'est-elle passée? (*ex. Hôpital de Hull, CLSC*

Gracefield): _____

À quel département?:

Date de l'évènement:

Quels sont les faits et dates (*Décrivez en détail les événements en répondant aux questions: Qui a fait quoi? Où? Quand?*

Comment?):

LA PLAINTE (suite)

LES RÉSULTATS ATTENDUS DE LA PLAINTE (*OBLIGATOIRE):

***AUTORISATION DE DIVULGATION:** OUI

Veillez noter que le Commissaire aux plaintes fera suivre votre formulaire au bureau du Médecin examinateur à sa réception.

J'autorise le Médecin examinateur à transmettre une copie de la présente plainte au médecin concerné par ma plainte et ce, aux seules fins de son traitement. La confidentialité sera préservée tout au long du processus d'analyse de votre plainte.

Veillez noter que ce formulaire de plainte doit être signé pour être valide.

Signature de l'utilisateur

Date

Ce formulaire de plainte dûment rempli et signé doit être acheminé vers le Commissaire aux plaintes et à la qualité des services soit par courriel à commissairesauxplaintes@ssss.gouv.qc.ca; par courrier au 105, boulevard Sacré-Cœur, Gatineau (Québec) J8X 1C5; par télécopieur au 819-771-7611. Vous pouvez également utiliser notre formulaire de plainte en ligne qui se trouve ici: <https://cisssoutaouais.gouv.qc.ca/la-voix-de-lusager/faire-une-plainte/formulaire-de-plainte-en-ligne/>