

## **IDENTIFICATION DE :**

USAGER

PARENT

PROCHE AIDANT

Prénom : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de dossier (si connu) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Une plainte sera analysée dans un  
délai de 60 jours ouvrables.**

**Voir formulaire au verso**

## **SATISFAIT « OUI »**

- ✓ De nos lieux physiques
- ✓ De notre accueil
- ✓ De nos méthodes de communication
- ✓ Des services reçus
- ✓ De votre expérience patient

*Aidez-nous à souligner le bon travail  
de nos membres / employés*

## **SATISFAIT « NON »**

### **Pourquoi porter plainte ?**

Porter plainte est un geste constructif qui assure le respect des droits des usagers. Il contribue à améliorer la qualité des services de santé et des services sociaux.

*Aidez-nous à améliorer la qualité de  
nos services*

## **SI VOUS CONSULTEZ AU :**



Clinique médecine familiale  
**LE NOROIS**

***VOTRE OPINION EST  
IMPORTANTE POUR  
NOUS***

**Satisfait OUI / NON ?**

***Comité du processus du  
traitement des plaintes et  
de la satisfaction de la  
patientèle.***

**Un service confidentiel**

**Coordonnées :**

**Mme Caroline Hallé, travailleuse sociale**  
Agente d'amélioration continue de la qualité  
692, 4<sup>e</sup> Avenue Ouest  
Amos (Québec) J9T 0B7  
Tél. : 819 732-6972 poste 1189



Clinique médecine familiale  
**LE NOROIS**

## FORMULAIRE DE PLAINTE ET DE SATISFACTION

**Note : CE DOCUMENT PEUT AUSSI ÊTRE FORMULÉ VERBALEMENT EN TÉLÉPHONANT AU :  
819 732-6972 POSTE 1189**

Nom de l'utilisateur concerné par l'événement (si différent) : \_\_\_\_\_

Nom du professionnel ou du personnel concerné par l'événement (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Date et heure de (s) l'événement (s) (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

Avez-vous tenté de résoudre ce problème au préalable? OUI  NON

**Exposé de la plainte ou du bon coup :** (si l'espace est insuffisant, veuillez ajouter une ou des pages en annexe)

---

---

---

---

---

---

---

---

**Vos attentes :** (veuillez indiquer ce que vous attendez comme résultat à la suite du traitement de l'événement ainsi que vos pistes de solutions, s'il y a lieu)

---

---

---

---

---

---

---

---

**SIGNATURE :**

Usager  \_\_\_\_\_

Parent  \_\_\_\_\_

Proche aidant  \_\_\_\_\_

(Signature obligatoire pour le traitement de la plainte)

DATE : \_\_\_\_\_