

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^e 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'usager 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 :** _____