Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles
Québec

FORMULAIRE DE PLAINTE

Identification de l'usager* ou de son représentant

Prénom et nom de l'usager : _____
* Usager vivant en résidence d'hébergement ☐ Responsable (s) _____

Adresse complète : _____
_____

No de téléphone : _____ No de la chambre (le cas échéant) _____
Hôpital ☐ CHSLD ☐

Identification de la personne ou de l'organisme d'assistance et d'accompagnement

Prénom et nom de la personne : _____
Adresse complète : _____
_____

No de téléphone : _____

Renseignements relatifs à la plainte*

Date à laquelle s'est produit l'incident relatif à la plainte : _____
Lieu de l'incident : _____

L'objet de l'insatisfaction (Pourquoi êtes-vous mécontent de la situation) :
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

* Vous pouvez être assisté et accompagner dans votre démarche de plainte. Vous pouvez faire appel à ces instances :

- **Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CISSS des Îles** – *418-986-2121, poste 8501*
- **Comité des usagers et des résidents du CISSS des Îles** – *418-986-2121, poste 8515*
- **Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine** – *1-418-368-7433*

L’exposé des faits (Expliquez ce qui s’est passé, donnez surtout les faits) :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Les résultats attendus (Quel(s) objectifs(s), poursuivez-vous par cette démarche?) :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Date : _____ Signature _____

Section réservée à l’administration

Date de réception : _____ No de dossier_____

Date d’envoi de
l’accusé de réception : _____

P.S. N’hésitez pas à utiliser des pages supplémentaires si nécessaire.