VOS ATTENTES

Signature de l'usager : _____

Date : _____

Signature du représentant de l'usager, s'il y a lieu : _____

Date : _____

FAITES PARVENIR VOTRE FORMULAIRE PAR :

1. LA POSTE
   Commissariat aux plaintes et
   à la qualité des services
   1215, chemin du Tremblay,
   bureau 220, local 2270
   Longueuil (Québec) J4N 1R4

2. COURRIEL
   plaintes.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca

3. TÉLÉCOPIEUR
   450 468-8261

INFORMATION :

Téléphone : 450 468-8447
Sans frais : 1 844 302-8447

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

Québec

1910 (400-3136)

COMMISSARIAT AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

FORMULAIRE DE PLAINTE

« AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SERVICES : NOTRE PRÉOCCUPATION! »

Québec

IDENTIFICATION DE L'USAGER (PATIENT/RÉSIDENT)*

Prénom et nom :

_____
PRÉNOM NOM

Nom de fille *(s'il y a lieu)*

_____

Adresse complète :

_____

_____

Téléphone *(entre 8 h 30 et 16 h 30)* :

(_____) _____

Cellulaire :

(_____) _____

Courriel :

_____

Date de naissance : _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ

Numéro de dossier *(si disponible)* :

_____

Plaignant : ☐ Usager ☐ Représentant de l'usager

Date et heure de l'événement :

_____ / _____ / _____ / _____ COCHEZ ☐ A.M. ☐ P.M.
AAAA MM JJ HEURE

*Les renseignements personnels communiqués sont confidentiels

ENDROIT OÙ S'EST PRODUIT L'ÉVÉNEMENT (COCHEZ ET NOMMEZ)

☐ Hôpital ☐ CHSLD ☐ CLSC ☐ Ressource intermédiaire ☐ Centre de protection et de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ☐ Ressource de type familial

_____

DÉCRIVEZ L'ÉVÉNEMENT

_____