



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC



FORMULAIRE DE PLAINTE

IDENTIFICATION DE L'USAGER (PATIENT)

Prénom et nom : _____

Adresse : _____
Rue Ville Code postal

Date de naissance : _____ Numéro de téléphone : _____

Numéro de dossier de l'utilisateur : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Si hospitalisé, indiquer l'unité de soins et le numéro de chambre : _____

IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER, S'IL Y A LIEU

Prénom et nom : _____

Adresse : _____
Rue Ville Code postal

Numéro de téléphone : _____ Autre numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Lien avec l'utilisateur : Famille Visiteur Autre Spécifier _____

LA PLAINTE

Raison de la plainte : _____

Nom du ou des professionnels concernés s'il y a lieu : _____

Date, heure, endroit où s'est produit l'évènement : _____

Description de l'évènement : _____

Description de l'évènement (suite) : _____

Résultats attendus au terme du traitement de cette plainte : _____

Autorisation de la divulgation : J'autorise le commissaire aux plaintes et à la qualité des services à transmettre copie de la présente plainte aux directions concernées et aux seules fins de son traitement.

OUI NON

Signature : _____ Date : _____

CE DOCUMENT EST CONFIDENTIEL

Acheminer ce formulaire à l'adresse suivante :

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec – Université Laval
2725, chemin Sainte-Foy, bureau Y7191
Québec (Québec) G1V 4G5
Téléphone : 418 656-4945
Télécopieur : 418 656-4812
Courriel : iucpq.gestion.plaintes@ssss.gouv.qc.ca