



## Formulaire de déclaration (Confidentiel)

Avant de rédiger votre insatisfaction, nous vous invitons à en parler au professionnel concerné ou à son supérieur.

### 1. IDENTIFICATION DE L'USAGER

PRÉNOM :

NOM :

ADRESSE (numéro, rue et municipalité) :

PROVINCE :

PAYS :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE :

CELLULAIRE :

COURRIEL :

DATE DE NAISSANCE (année-mois-jour) :

NO. DE DOSSIER DE L'USAGER (si connu) :

### 2. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER (s'il y a lieu)

SI, CONFORMÉMENT À LA LOI, L'USAGER EST REPRÉSENTÉ OU ASSISTÉ DANS LA FORMULATION DE LA PRÉSENTE DÉCLARATION, L'IDENTIFICATION DE SON REPRÉSENTANT OU DE LA PERSONNE QUI L'ASSISTE EST REQUISE.

PRÉNOM :

NOM :

ADRESSE (numéro, rue et municipalité) :

PROVINCE :

PAYS :

CODE POSTAL :

TÉLÉPHONE :

POSTE :

CELLULAIRE :

COURRIEL :

COCHEZ LA CASE APPROPRIÉE :

JE SUIS LE REPRÉSENTANT LÉGAL D'UN USAGER INAPTE :

CURATEUR  TUTEUR  MANDAT D'INAPTITUDE

AUTRE : \_\_\_\_\_

J'ASSISTE L'USAGER POUR LE DÉPÔT DE SA DÉCLARATION

AUTRES (préciser le lien avec l'utilisateur) \_\_\_\_\_

### 3. NOM DE L'EMPLOYÉ OU DU PROFESSIONNEL CONCERNÉ

NOM :

TITRE D'EMPLOI :

#### 4. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSÉ DES FAITS

DATE DE L'ÉVÉNEMENT :

HEURE DE L'ÉVÉNEMENT :

LIEU :

DÉCRIVEZ, EN QUELQUES LIGNES, L'ÉVÉNEMENT OU EXPOSEZ LES FAITS :

#### 5. VOS ATTENTES OU RÉSULTATS ATTENDUS

PRÉSENTEZ, EN QUELQUES LIGNES, VOS ATTENTES OU RÉSULTATS ATTENDUS :

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

OUI  NON

#### 6. SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'USAGER OU DE SON REPRÉSENTANT

\_\_\_\_\_  
DATE (année-mois-jour)

**Acheminer ce formulaire signé à l'adresse suivante :**

Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services  
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie  
de Québec – Université Laval  
2725, chemin Sainte-Foy, bureau Y7191  
Québec (Québec) G1V 4G5

Par courriel : [iucpq.gestion.plaintes@ssss.gouv.qc.ca](mailto:iucpq.gestion.plaintes@ssss.gouv.qc.ca)  
Téléphone : 418 656-4945  
Sans frais : 1 866 656-8711 poste : 4945

#### Section réservée au Bureau du commissaire local aux plaintes et à la qualité des services

PLAINTE  PLAINTE MÉDICALE  INTERVENTION  ASSISTANCE  CONSULTATION

REÇU PAR :

NO DE DOSSIER :

MODE DE DÉPÔT :  ÉCRIT  VERBAL

DATE (année-mois-jour) :