FORMULAIRE de PLAINTE

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Nom et prénom :	**Adresse complète :**
Téléphone résidence :	
Téléphone travail :	Code postal :
Courriel :	
Date de naissance :	**Numéro de dossier médical :**

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

Nom et prénom :

Téléphone : **Lien avec l'usager :**

PLAINTE : exposé des faits, raison de la plainte et description de l'événement

Nom de l'établissement :

RÉSULTATS ATTENDUS DE LA PLAINTE

Signature : **Date :**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

Québec