



ᐅᑎᑎᐅᑎ ᐅᑎᐅᑎᑎᑎᑎ  
Building Nunavut Together  
Nunavut liuqatigiingniq  
Bâtir le Nunavut ensemble

Bureau des relations avec les patients

# Formulaire de rétroaction

Le bureau des relations avec les patients du ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut est chargé d'enquêter sur les différends entre les patients et les prestataires de soins de santé, et de les régler. Il vise également à partager les expériences positives des patients avec les membres de notre équipe de soins. Le processus d'enquête peut inclure la divulgation de renseignements personnels identifiables liés à votre dossier de santé. La durée du processus peut varier selon la gravité de chaque cas.

## LE PROCESSUS

Pour lancer une enquête sur votre plainte, veuillez remplir ce formulaire et y ajouter toute information ou description supplémentaires que vous souhaitez voir incluse à votre cas.

Veuillez télécopier, courrieller ou poster ce formulaire au bureau des relations avec les patients.

Une fois le document reçu, le bureau des relations avec les patients :

- 1) Accusera réception du formulaire de rétroaction dans les 48 heures suivantes, et acheminera une copie de votre formulaire dûment rempli à l'autorité de santé compétente ainsi qu'à la personne-ressource régionale la plus proche du prestataire interpellé afin d'obtenir une réponse.
- 2) Contactera les autres personnes ou établissements mentionnés dans votre formulaire et susceptibles de détenir des renseignements pertinents sur votre cas.
- 3) Étudiera toute l'information obtenue.
- 4) Vous fournira une réponse verbale ou écrite à la suite de son examen, selon la complexité du cas.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire, veuillez contacter le gestionnaire territorial régional des relations avec les patients au 1 855 438 3003.

Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le [www.patientrelations.gov.nu.ca](http://www.patientrelations.gov.nu.ca)

## 1 Renseignements sur l'auteur ou l'auteur de la plainte :

M<sup>me</sup> M. D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_  
(prénom) (nom de famille)

Adresse \_\_\_\_\_

Localité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

N° de téléphone incluant l'indicatif régional où nous pouvons vous joindre durant le jour (8 h 30 à 17 h du lundi au vendredi)

Maison ( ) Travail ( ) Mobile ( )

(Si vous remplissez ce formulaire au nom d'un patient, veuillez fournir la preuve que vous en avez la permission. Exemples, inclure : exécuteur testamentaire, tuteur légal ou consentement écrit du patient)

## 2 Renseignements sur le patient :

Date de naissance (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_ Carte d'assurance  
maladie du Nunavut # \_\_\_\_\_

Même adresse que celle indiquée ci-haut

M<sup>me</sup> M. D<sup>r</sup> \_\_\_\_\_  
(prénom) (nom de famille)

Adresse \_\_\_\_\_

Localité \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

N° de téléphone incluant l'indicatif régional où nous pouvons vous joindre durant le jour (8 h 30 à 17 h du lundi au vendredi)

Maison ( ) Travail ( ) Mobile ( )

3

**Décrivez clairement votre plainte concernant le service de santé ou le fournisseur de soins de santé. Veuillez expliquer le geste posé par le fournisseur de soins de santé qui vous a poussé à déposer cette plainte. Répondez, entre autres, aux questions suivantes :**

1. Que s'est-il passé? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Lieu de l'incident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Date et heure approximative de l'incident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Quels sont les résultats attendus à la suite du dépôt de votre plainte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Veillez joindre toute information pertinente susceptible de contribuer à l'enquête.**

\_\_\_\_\_  
Signature de la plaignante/du plaignant

\_\_\_\_\_  
Date de signature (jj/mm/aaaa)

Je comprends qu'en apposant ma signature sur ce formulaire, j'autorise, le cas échéant, le ministère de la Santé et des Services sociaux à :

1. **Obtenir** mon dossier médical ou tout autre renseignement mentionné dans ma description de cas, en lien avec mes préoccupations
2. **Fournir** une copie de ma plainte officielle au prestataire de soins de santé nommé afin d'obtenir une réponse
3. **Divulguer**, le cas échéant, tout renseignement relatif à ma plainte, y compris toute information identifiable, diagnostic, traitement et information sur les soins, à la personne qui présente cette plainte en mon nom.

L'information contenue dans ce formulaire demeure confidentielle, sauf indications mentionnées ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient

\_\_\_\_\_  
Date de signature (jj/mm/aaaa)

Si le patient est décédé, veuillez indiquer la date du décès

\_\_\_\_\_  
Date du décès (jj/mm/aaaa)

**Notre adresse:**

**Bureau des relations avec les patients**

Ministère de la Santé  
C. P. 1000, succursale 1050  
Iqaluit, Nunavut X0A 0H0

☎ 1-855-438-3003 ☎ 867-975-5388

✉ patientrelations@gov.nu.ca

🌐 www.patientrelations.gov.nu.ca