



Formulaire de plainte

Le Bureau des relations avec la patientèle du ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut est d'offrir de l'aide et du soutien lors d'enquêtes portant sur la patientèle et les prestataires de soins de santé, mais aussi de faire part aux membres de l'équipe de soins des expériences positives de la patientèle. Un processus d'enquête peut inclure la divulgation de renseignements personnels identifiables liés au dossier médical d'une personne bénéficiaire de soins. La durée du processus varie selon la gravité du cas.

Le processus

Pour qu'une enquête sur votre plainte soit amorcée, vous devez remplir ce formulaire et y ajouter toutes les informations ou descriptions pertinentes que vous souhaitez voir prises en compte dans votre cas.

Veillez ensuite télécopier, courrieller ou poster ce formulaire au Bureau des relations avec la patientèle.

Une fois le formulaire reçu, les responsables du Bureau :

- 1) Vous enverront, dans les 48 heures ouvrables, un accusé réception de votre plainte. Une copie du document sera ensuite acheminée à l'autorité de santé ayant compétence en la matière ainsi qu'à la personne-ressource régionale la plus proche du prestataire en cause afin d'obtenir leurs commentaires;
- 2) Communiqueront avec les personnes ou établissements qui, selon l'information contenue dans votre formulaire de plainte, seraient susceptibles de détenir d'autres renseignements pertinents sur votre cas;
- 3) Étudieront tous les renseignements obtenus;
- 4) Vous fourniront, selon la complexité du cas, une conclusion verbale ou écrite à la suite de l'examen de votre plainte.

Pour toute question sur le processus ou la façon de remplir le formulaire, veuillez contacter la personne responsable du Bureau des relations avec la patientèle à l'échelle régionale en composant le 1 855 438 3003.

Vous pouvez également consulter le site web

www.gov.nu.ca/health/information/patient-relations

1 Renseignements sur la personne qui porte plainte :

Mme M. Dr Dre _____
(Prénom) (Nom de famille)

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Courriel _____

Code régional et numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre de jour (entre 8 h 30 et 17 h, du lundi au vendredi) :

Domicile () Travail () Cellulaire () _____

(Si vous remplissez ce formulaire au nom de la personne bénéficiaire de soins, veuillez fournir copie d'un document démontrant que vous avez la permission de faire cette démarche en son nom. Il peut s'agir d'une lettre de consentement rédigée par cette personne, d'une attestation que vous êtes exécuteur testamentaire ou tuteur légal, etc.).

2 Renseignements sur la personne bénéficiaire de soins

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Numéro de carte santé _____

Même adresse que celle indiquée ci-haut

Mme M. Dr Dre _____
(Prénom) (Nom de famille)

Même adresse que celle indiquée ci-haut

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Courriel _____

Code régional et numéro de téléphone où nous pouvons joindre la personne bénéficiaire des soins de jour (entre 8 h 30 et 17 h, du lundi au vendredi)

Domicile () Travail () Cellulaire () _____

3 Fournissez une description détaillée de la ou des plaintes que vous avez à l'égard d'une ou plusieurs personnes prestataires de soins de santé. Veuillez décrire ce qui a engendré votre insatisfaction dans ce qui a été fait ou non fait par la personne prestataire de soins de santé. Veuillez préciser :

1. Ce qui s'est passé : _____

2. L'endroit où s'est déroulé l'incident : _____

3. La date et l'heure approximative de l'incident : _____

4. Les résultats que vous attendez à la suite du dépôt de votre plainte : _____

Veillez joindre tout renseignement pertinent susceptible de contribuer à l'enquête.

Signature de la personne qui porte plainte

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 la description de ma plainte qui soit en lien avec celle-ci.
2. **Fournir** une copie de ma plainte officielle à la personne prestataire de soins de santé en cause afin d'obtenir ses commentaires.
3. **Divulguer** à la personne qui présente cette plainte en mon nom (si tel est le cas) les renseignements relatifs à ma plainte, y compris toute information permettant de m'identifier ou portant sur les diagnostic, traitement, soins reçus et non reçus.

Le contenu de ce formulaire demeure confidentiel, sauf indications mentionnées ci-dessus.

Signature de la personne bénéficiaire des soins

Date de signature (jj/mm/aaaa)

Si cette personne est décédée, veuillez indiquer la date de son décès.

Date du décès (jj/mm/aaaa)

Nos coordonnées :

Bureau des relations avec la patientèle

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.gov.nu.ca/health/information/patient-relations