



# FORMULAIRE DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS

## Case réservée au chargé des relations avec les usagers

Date de formulation : ..... / ..... / .....

Identifiant : □□□□□□□□

Plainte  Réclamation

Vous déposez cette plainte ou réclamation en tant que :

- Patient  Représentant légal du patient  Proche du patient  
 Médecin  Fournisseur  Personnel  Autre : .....

### 1. Identification du plaignant

### 2. Identification du patient

Nom et Prénom : .....

Adresse (avec code postal) : .....

.....

Numéro de téléphone : .....

Adresse mail : .....

Nom et Prénom : .....

Nom du médecin traitant : .....

Date de naissance : .....

N° de chambre : .....

Date d'entrée : .....

Date de sortie : .....

3. Service concerné .....

4. Exposé des faits .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### 5. Demande de l'utilisateur :

<input type="checkbox"/> Excuse	<input type="checkbox"/> Information	<input type="checkbox"/> Sanction
Autres : .....		

Date et Signature de l'utilisateur