Santé
et Services sociaux
Québec

DT9192

PLAINTE

Dossier de santé du Québec (DSQ)

Les champs qui affichent un astérisque (*) doivent obligatoirement être remplis.

Section A : IDENTIFICATION DE L'USAGER

* **Numéro d'assurance maladie RAMQ**	* Prénom	* Nom
* Date de naissance — Année / Mois / Jour	* Sexe ☐ F ☐ M	* Adresse
* Ville	* Province	* Code postal
* Ind. rég. * Téléphone principal	Ind. rég. Téléphone secondaire	Courriel
* Prénom de la mère	* Nom de la mère (à la naissance)	* Prénom du père / * Nom du père
Médecin traitant de l'usager	Ind. rég. Téléphone	Clinique/Adresse du médecin

Section B : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Remplir cette section seulement si vous désirez déposer une plainte au nom de l'usager identifié dans la section A.

Prénom	Nom	Ind. rég. Téléphone	Lien avec l'usager
Adresse	Ville	Province	Code postal
Courriel	***Veuillez joindre à cette plainte une délégation écrite originale ou une copie du document prouvant votre titre de représentant légal.***		

Section C : DÉTAILS DE LA PLAINTE

Veuillez détailler votre plainte :

Objectifs poursuivis :

Section D : SIGNATURES

Signature de l'usager ou du représentant légal		**Date** Année / Mois / Jour
Témoin à la signature – facultatif ***(aux fins de vérification de l'identité)***		**Date** Année / Mois / Jour

Veuillez retourner le présent formulaire à l'adresse suivante : **MSSS a/s Responsable DSQ de la coordination des plaintes, 405, avenue Ogilvy, 4e étage, Montréal (Québec) H3N 1M3**. Pour toute assistance à remplir le formulaire, veuillez contacter : SERVICES QUÉBEC : (Montréal) 514 644-4545 – (Québec) 418 644-4545 – (sans frais) 1 877 644-4545.

Les plaintes sont traitées conformément aux textes législatifs en vigueur au moment du dépôt du formulaire. Le masculin est utilisé afin d'alléger le texte.

GUIDE D'UTILISATION POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Procédure générale d'utilisation
Dans quelles circonstances? Lorsque vous désirez déposer une plainte relative au DSQ. Si vous désirez formuler votre plainte verbalement, veuillez appeler Services Québec au numéro indiqué à l'endos et leur soumettre votre demande. Un responsable vous rappellera.

Section A : IDENTIFICATION DE L'USAGER

■ **Cette section sert à l'identification de l'usager pour lequel une plainte est déposée.**

Numéro d'assurance maladie RAMQ, prénom, nom, date de naissance et sexe : tels qu'ils apparaissent sur la carte d'assurance maladie.
Adresse, ville, province et code postal : adresse à laquelle la correspondance sera envoyée.
Téléphone principal, téléphone secondaire et courriel : permet de joindre l'usager afin de préciser sa plainte.
Prénom et nom de la mère à la naissance, prénom et nom du père : tels qu'ils apparaissent sur le certificat de naissance.
Médecin traitant, téléphone et adresse : indiquer les coordonnées du médecin traitant ou du médecin de famille.

Section B : IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

À remplir seulement si vous déposez une plainte au nom de l'usager identifié dans la section A. Vous devez alors remplir obligatoirement tous les champs demandés et joindre une pièce justificative (délégation écrite ou copie du document prouvant votre titre de représentant légal) au présent formulaire de plainte.

■ **Cette section sert à l'identification de la personne qui fait la plainte, si ce n'est pas l'usager.**

Prénom et nom : du représentant légal.
Adresse, ville, code postal, téléphone et courriel : permet de joindre le représentant légal afin de préciser sa plainte.
Quel lien avez-vous avec l'usager? : Veuillez préciser votre lien avec l'usager identifié dans la section A pour lequel vous déposez une plainte relative au DSQ. Par exemple : titulaire de l'autorité parentale, représentant légal, héritier, directeur des services professionnels, commissaire aux plaintes, curateur privé ou public ou personne détenant une ordonnance d'un tribunal.

Section C : DÉTAILS DE LA PLAINTE

■ **Cette section indique les détails de la plainte.**

Dans vos propres mots, veuillez détailler votre plainte en fournissant, si nécessaire, les dates, les lieux, les noms des intervenants et les circonstances. Au besoin, veuillez joindre des pages additionnelles à votre plainte.

Section D : SIGNATURES

Veuillez signer et dater votre plainte. Au service des archives médicales d'un établissement, un témoin à la signature peut signer une fois que l'identité de l'usager est confirmée.

Section réservée au responsable du DSQ de la coordination des plaintes

Nom (en caractères d'imprimerie)	Signature	Date (année, mois, jour)