

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services



Avant de remplir ce formulaire, référez-vous à la trajectoire de signalement au cisssca.com/maltraitance pour vous assurer que la situation doit, ou peut être signalée au Commissaire aux plaintes et à la qualité des services selon le contexte.
Ce document est à l'usage exclusif du personnel du CISSS de Chaudière-Appalaches et **ne doit pas être versé au dossier de l'usager.**

1. IDENTIFICATION *** VOTRE IDENTITÉ DEMEURERA CONFIDENTIELLE ***

Nom de la personne qui fait le signalement :			
Numéro de téléphone :			
Adresse courriel :			
Date du signalement (AAAA/MM/JJ) :			
PERSONNE VULNÉRABLE			
Nom, prénom :		Numéro de téléphone :	
Date de naissance (AAAA/MM/JJ) :		Numéro de dossier :	
Nom de l'installation :			
Programme concerné :			
Gestionnaire concerné :			
Intervenant pivot (si connu) :			
Mesure de protection :	<input type="checkbox"/> Tutelle publique	<input type="checkbox"/> Tutelle privée	
	<input type="checkbox"/> Mandat homologué	<input type="checkbox"/> Aucun	
Est-ce que la personne vulnérable ou son représentant est informé du signalement :			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
PERSONNE POTENTIELLEMENT MALTRAITANTE (FACULTATIF)			
Nom, prénom :			
Lien avec la personne vulnérable :			

2. DESCRIPTION DE LA MALTRAITANCE POTENTIELLE

Type (s) de maltraitance :	<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Violation des droits	<input type="checkbox"/> Âgisme
	<input type="checkbox"/> Psychologique	<input type="checkbox"/> Sexuelle	<input type="checkbox"/> Organisationnelle
	<input type="checkbox"/> Matérielle ou Financière		
	<input type="checkbox"/> Intentionnelle	<input type="checkbox"/> Non-intentionnelle	
Forme (s) de maltraitance :	<input type="checkbox"/> Violence	<input type="checkbox"/> Négligence	

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

3. DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT	
Date de l'événement :	
TÉMOIN(S) DE L'ÉVÉNEMENT	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si OUI (Nom, prénom et fonction) :	
Description factuelle de l'événement (objective, détaillée, sans analyse, ni jugement ou accusation)	

Transmettre **sans délai** les sections 1 à 3 à l'adresse suivante : commissaire.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca
Si vous avez des informations complémentaires à ajouter en lien avec la vérification des faits, veuillez les indiquer à la section 4 et le transmettre en même temps que les sections 1 à 3.

La section 4 n'est pas obligatoire lors du signalement, et sera alors complétée par les personnes concernées ultérieurement puis transmises au commissariat à la même adresse.

Commissaire aux plaintes et à la qualité des services

4. ACTIONS ENTREPRISES

Objectifs visant à faire cesser la maltraitance

Mettre un filet de sécurité (ex. : augmenter présence du personnel dans le milieu, démarche d'ouverture d'un régime de protection, information à l'utilisateur sur les ressources d'aide, etc.)

Offrir à l'utilisateur les soins et services requis suite à la maltraitance subie

Vérifier si d'autres usagers sont ou ont été victimes de maltraitance

Autres objectifs (précisez ici, par exemple complétion d'un AH-223, déclaration à la vigie-qualité, déclenchement d'un processus d'intervention concerté – PIC, etc.) :

Transmettre la section 4 à l'adresse suivante : commissaire.ci-ss-ca@ssss.gouv.qc.ca

Complété par : _____ Date : _____