



FORMULAIRE DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS

Case réservée au chargé des relations avec les usagers

Date de réception du formulaire :/...../..... 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 :	Nom et Prénom :
Adresse (avec code postal) :	Nom du médecin traitant :
.....	Date de naissance :
Numéro de téléphone :	N° de chambre :
Adresse mail :	Date d'entrée :
	Date de sortie :

3. Service concerné

4. Exposé des faits

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Demande de l'usager :

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

Date :

Signature de l'usager