

FORMULAIRE DE RECUEIL D'UNE PLAINTE OU RÉCLAMATION

Formulaire

N° ...

(Cadre réservé à
l'établissement)

Reçu par : _____

Nom et Qualité : _____

Date : _____ heure : _____

Identification du patient s'estimant victime d'un préjudice du fait de l'établissement

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Identification de la personne déposant la plainte ou la réclamation (si différente du patient)

Nom du patient : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Lien avec le patient : _____

Lieu d'hospitalisation ou d'accueil dans l'établissement _____

Unité de soins _____

Chambre n : _____

Objet de la plainte ou de la réclamation (exposé précis des faits : date, heure, lieu, personnes éventuellement concernées)

Date des faits : _____

Descriptif des faits : _____
