Building Nunavut Together
Nunavuliuqatigiingniq
Bâtir le Nunavut ensemble

Service des
Relations avec les patients
nous sommes là pour vous

FORMULAIRE DE PLAINTE

Le Service des relations avec les patients du ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut examine et résout les conflits qui peuvent survenir entre les patients et les fournisseurs de soins de santé. Le processus d'enquête peut comprendre la divulgation de renseignements personnels qui permettent d'identifier une personne liée à votre dossier médical. Le temps de traitement peut varier en fonction de la gravité du problème.

LE PROCESSUS
Veuillez remplir ce formulaire et y inclure tout renseignement pertinent à votre cas.

Veuillez envoyer ce formulaire au Service des relations avec les patients par courriel ou par la poste. Afin d'assurer toute confidentialité, aucune télécopie n'est acceptée.

Lors de la réception du formulaire, le Service des relations avec les patients :

1) Accusera réception du formulaire et en enverra une copie au directeur administratif approprié et au responsable régional désigné se trouvant le plus près des fournisseurs de soins de santé afin d'obtenir une réponse.
2) Communiquera avec les autres personnes ou établissements désignés dans votre formulaire qui pourraient posséder des renseignements relatifs à votre problème.
3) Examinera tous les renseignements reçus.
4) Communiquera avec vous de façon verbale ou écrite au sujet de l'enquête, selon sa complexité.

Si vous avez des questions à propos de ce formulaire ou si vous avez besoin d'aide pour le remplir, veuillez communiquer avec le directeur territorial des relations avec les patients au 1-855-438-3003.

Pour plus de renseignements : www.patientrelations.gov.nu.ca

1 Renseignements au sujet de la personne déposant la plainte :

(Mlle/Mme/M./Dr) _____
(Prénom) (Nom de famille)

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Courriel _____

Numéro de téléphone (avec indicatif régional) où nous pouvons vous rejoindre dans la journée (entre 8 h 30 et 16 h) :

Maison ( ) _____ Travail ( ) _____ Cellulaire ( ) _____

(Si vous déposez cette plainte au nom d'un patient, veuillez joindre une copie de vos documents d'autorisation. Exemples : exécuteur d'une succession, tuteur légal ou consentement écrit du patient)

2 Renseignements sur le patient

Date de naissance (jj/mm/aaaa) _____ Numéro de soins de santé du Nunavut _____

☐ Cochez si l'adresse est la même que celle indiquée ci-dessus.

(Mlle/Mme/M./Dr) _____
(Prénom) (Nom de famille)

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____ Courriel _____

Numéro de téléphone (avec indicatif régional) où nous pouvons rejoindre le patient dans la journée (entre 8 h 30 et 16 h) :

Maison ( ) _____ Travail ( ) _____ Cellulaire ( ) _____

3 **Décrivez clairement votre plainte concernant le service de santé ou le fournisseur de soins de santé. Veuillez expliquer le geste posé par le fournisseur de soins de santé qui vous a poussé à déposer cette plainte. Répondez, entre autres, aux questions suivantes :**

1. Que s'est-il passé?
2. Où s'est produit cet événement?
3. Quand est-ce arrivé?
4. Que souhaitez-vous qu'il advienne à la suite de notre enquête?

Veuillez joindre tout renseignement pertinent qui pourrait nous aider.

Signature de la personne déposant la plainte

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Je comprends que ma signature sur ce formulaire permet au ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut (le cas échéant) de :

1. Se procurer les dossiers médicaux ou autres renseignements pertinents à mon problème.
2. Fournir une copie de ma plainte officielle au fournisseur de soins de santé désigné afin d'obtenir une réponse.
3. Divulguer à la personne qui dépose la plainte en mon nom, le cas échéant, des renseignements concernant ma plainte, y compris des renseignements personnels qui permettent d'identifier une personne ainsi que des renseignements relatifs aux diagnostics, aux traitements et aux soins.

Le fait de soumettre ce formulaire demeure confidentiel, sauf si le contraire est spécifié ci-dessus.

Signature du patient

Date de la signature (jj/mm/aaaa)

Si le patient est décédé, veuillez spécifier la date du décès

Date du décès (jj/mm/aaaa)

Notre adresse:
Service des relations avec les patients
Ministère de la Santé
P.O. Box 1000, Station 1000
Iqaluit, Nunavut X0A 0H0
1-855-438-3003 patientrelations@gov.nu.ca