Urgences-santé Québec

PLAINTE

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PLAIGNANTE			
Prénom		Nom	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
Votre adresse	N civique Nom de rue N d'appartement Ville/Pays Code postal		
Adresse courriel			
Votre statut (entourez la réponse)	Usager Représentant Citoyen Partenaire du réseau de la santé		

IDENTIFICATION DE L'USAGER			
Prénom		Nom	
Téléphone (domicile)		Téléphone (autre)	
Son adresse	N civique Nom de rue N d'appartement Ville/Pays Code postal		

IDENTIFICATION DE L'ÉVÉNEMENT			
Date (JJ/MM/AAAA)		Lieu de prise en charge de l'usager	

DESCRIPTION DES FAITS

VOS ATTENTES

Transmettre ce formulaire par la poste : Commissariat aux plaintes et à la qualité des services
Urgences-santé
6700, rue Jarry Est
Montréal (Québec) H1P 0A4

Par courriel : Commissaire@urgences-sante.qc.ca