

## FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DE L'EXPRESSION DE L'USAGER

**Article R. 1112-91.** Code de la santé publique- Tout usager d'un établissement de santé doit être mis à même d'exprimer oralement ses griefs auprès des responsables des services de l'établissement.

### Identification du plaignant

Nom : ..... (épouse : .....) Prénoms : .....

Adresse : .....

Code postal .....

Profession : .....

Tél. Domicile : ..... Cellulaire : .....

E-mail : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Jour mois année

### Mode et type de réception

Plainte  Réclamation

Date de dépôt : ...../...../.....

Par écrit (lettre)  Sur place

Par E-mail  Par fax

### Identification du service

N° de dossier patient ..... Service .....

N° de chambre .....

Personne(s) concernée(s)

Praticien  Infirmier (ère)  Aide-soignant  ASH

Secrétaire  Technicien (s)  Médico-technique

Agent administratif  La Direction  Cadre de Santé

# Motif du dépôt d'expression

Vous déposez cette plainte ou réclamation en tant que

- Victime  Témoin  Proche de la Victime  
 Représentant légal de la victime

Quel est l'objet de votre plainte ou de votre réclamation

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

But poursuivi

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Date des faits (de l'évènement) -----/-----/-----

Moment des faits :  Matin  Midi  Soir

Heure des faits (si possible) -----

Conformément à la loi, les renseignements recueillis dans le cadre du traitement de la plainte ou de la réclamation ne serviront qu'à l'examen de celle-ci et toutes les mesures seront prises pour en garantir la confidentialité.

Fait à -----, le-----

Signature du plaignant