



Formulaire de dépôt de plainte

Instructions

1. Compléter ce formulaire de manière aussi détaillée que possible.
2. S'assurer que toutes les signatures ont été dûment autorisées et que toute documentation supplémentaire soit incluse.
3. Envoyer le formulaire rempli par courrier, courriel ou télécopieur au Centre de traitement des plaintes, Département de la qualité des soins de santé du Collège.

S'il y a lieu, le Département de la qualité des soins de santé (QSS) examinera tous les renseignements recueillis au sujet de la plainte. Cet examen peut prendre plusieurs mois selon le degré de complexité de la plainte et la rapidité de la réception des réponses. Des informations peuvent être demandées de la part d'autres individus associés au processus d'assurance de la QSS. Dans certains cas, l'opinion d'un expert-conseil pourrait être sollicité.

Lorsque le Département de la QSS aura terminé l'examen du dossier, son opinion sera partagée par écrit avec l'auteur(e) de la plainte (si autorisé) et avec le médecin faisant l'objet de la plainte. Si vous avez des préoccupations touchant plusieurs médecins au sujet des soins de santé prodigués, veuillez compléter un formulaire séparé pour chaque médecin faisant l'objet de la plainte. Si l'auteur(e) de la demande n'est pas satisfait(e) des résultats de l'examen, il ou elle devra soumettre une lettre détaillant les points de désaccord. Le conseiller médical principal considérera la lettre de désaccord et pourrait choisir de réexaminer le dossier par un processus différent.

Avant de remettre ce formulaire, veuillez noter que le Collège ne peut pas :

- fournir de diagnostic ou de recommandations quant au traitement, ni diriger les aspects spécifiques des soins aux patients;
- diriger ou influencer le paiement d'une compensation financière aux auteur(e) s de plaintes;
- statuer sur une plainte sans offrir au médecin l'occasion de répondre à la plainte;
- fournir d'appui quant aux préoccupations ou plaintes concernant les hôpitaux ou d'autres pourvoyeurs de soins de santé tels que pour les soins infirmiers, les dentistes, les optométristes, les psychologues, les chiropraticiens, les naturopathes ou tout autre professionnel des soins de santé qui n'est pas un médecin ou chirurgien autorisé – ces plaintes doivent être dirigées vers l'organisme ou l'autorité réglementaire appropriée;
- engager une action judiciaire à l'encontre d'un médecin;
- prévoir des renvois, consultations ou tests;
- contacter les services policiers au nom de l'auteur(e) d'une plainte lorsque des activités illicites sont soupçonnées sans le consentement explicite de l'auteur(e) de la plainte.

Liste de vérification

Avez-vous complété les actions suivantes?

- Inclure le(s) nom(s) complet(s) et l'(les) adresses du médecin concerné;
- Décrire la plainte de manière aussi détaillée que possible;
- Inclure des copies des documents d'appui à la plainte;
- Fournir votre nom, numéro de téléphone et adresse courriel où vous joindre pendant le jour;
- Signer et dater le formulaire « *Autorisation de divulguer des renseignements* »
- Demander au patient de signer et dater le formulaire d'autorisation de représentation (s'il y a lieu);
- Vérifier que toutes les sections du formulaire de plainte ont été complétées et que tous les renseignements supplémentaires sont annexés.

Lorsque vous aurez complété ce formulaire de plainte, veuillez le faire parvenir par :

Courrier Département de la qualité des soins de santé
Centre de traitement des plaintes
Collège des médecins et chirurgiens
de la Saskatchewan
101 - 2174 Airport Drive
Saskatoon, SK S7L 6M6

Télécopieur (306) 244-0090

Courriel : complaints@cps.sk.ca

**veuillez considérer protéger votre document d'un mot de passe avant de nous le faire parvenir par courriel, et nous envoyer le mot de passe dans un courriel séparé.*

Si vous désirez plus de renseignements au sujet du processus de traitement des plaintes. Veuillez consulter notre site web au www.cps.sk.ca ou composer le (306) 244-7355 ou le 1-800-667-1668 (sans frais en SK).

Merci de prendre le temps de remplir ce formulaire.



CONSENTEMENT DU(DE LA) PATIENT(E)

Dossier n°: _____ (Réservé à l'usage du bureau)

En tant que patient, je comprends qu'en signant ce formulaire de consentement, j'autorise le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan (College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan) à :

- 1) Obtenir des renseignements contenus dans tous les dossiers de santé, y compris dans les dossiers d'hôpital, les dossiers du bureau du médecin, les dossiers d'ordonnances, les informations se rapportant aux patients et à la facturation, ou toute autre information qui est pertinente à la plainte;
- 2) Fournir une copie de la lettre de plainte et toute information pertinente à la plainte, y compris le dossier médical, au(x) médecin(s) nommé(e)s dans la plainte;
- 3) Demander, recevoir, photocopier, et disséminer ces renseignements au besoin au cours de l'enquête portant sur la plainte ci-haut mentionnée et en conformité avec le processus de traitement des plaintes.

Nom complet du patient: _____

Date de naissance du patient : ____ - ____ - ____ N° de carte de santé du patient : _____
JJ MM AAAA

Signature du(de la) patient(e)

Date de la signature

AUTORISATION POUR LA REPRÉSENTATION –

À compléter SEULEMENT si vous N'ÊTES PAS le patient, NI le parent/tuteur légal d'un jeune enfant

Le(la) patient(e) peut autoriser l'auteur(e) de la plainte (l'individu déposant la plainte) à recevoir des informations au sujet de la plainte. Pour ce faire, le patient doit remplir la déclaration suivante :

Je, soussigné(e), _____, suis au courant de la plainte déposée en mon
Nom du patient en lettres moulées

nom auprès du Collège, et j'autorise _____ à recevoir des informations médicales
Nom de l'auteur(e) de la plainte

portant sur l'enquête de cette plainte.

Signature du(de la) patient(e)

Date de la signature

EN CAS DE DÉCÈS DU(DE LA) PATIENT(E)

Les droits à la protection de la vie privée du patient décédé demeurent en vigueur après le décès sauf si l'une des exceptions stipulées dans l'article 27(4)(e) de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (LPRPDE) s'applique :

- (i) dans le cas où les renseignements sont divulgués à un représentant personnel de l'individu concerné pour des fins liées à l'administration de la succession du particulier; ou
- (ii) dans le cas où les renseignements sont liés aux circonstances concernant le décès de l'individu concerné ou aux services récemment procurés par l'individu concerné, et la divulgation :
 - (A) est fait à un membre de la famille immédiate de l'individu ou à tout autre personne avec qui l'individu concerné entretenait une relation personnelle proche; et
 - (B) est faite conformément aux politiques et procédures du fiduciaire, ou lorsque le fiduciaire est un professionnel de la santé, faite conformément aux pratiques de déontologie de cette profession. *

*(Traduction non-officielle de la Loi)

Auteur(e) de la plainte (en lettres moulées)

Auteur(e) de la plainte (signature)

Relation avec le(la) patient(e)

Date

A. RENSEIGNEMENTS SUR LE(LA) PATIENT(E)

Titre (M, Mme, Mlle) : _____ Prénom: _____ Nom de famille: _____

Adresse : _____

Ville: _____ Prov : _____ Code postal : _____

No. de téléphone principal: _____ Cellulaire/Autre: _____ Courriel: _____

Date de naissance : _____ - _____ - _____ No. de carte de santé : _____
(JJ) (MM) (AAAA)

Moyen de communication préféré : Courrier *Courriel

*En fournissant votre courriel, vous acceptez de recevoir de la correspondance du Collège par cette voie. Nous protégerons d'un mot de passe toute communication contenant des renseignements personnels sur la santé, et nous vous enverrons le mot de passe dans un courriel séparé.

Signature

Date

B. AUTEUR(E) DE LA PLAINTÉ

Je suis le(la) patient(e). (NE PAS compléter la section B)

Je représente le(la) patient(e) en ce qui concerne cette plainte et le(la) patient(e) a dûment signé l'autorisation de représentation ci-dessus.

Je dépose cette plainte sans l'autorisation du(de la) patient(e).

Ma relation avec le(la) patient(e) : _____
(exemple : parent, conjoint(e), enfant, proche parent, avocat(e), ami(e) médecin, exécuteur, mandataire de procuration...)

Titre (M, Mme, Mlle): _____ Prénom : _____ Nom de famille: _____

Adresse: _____

Ville : _____ Prov: _____ Code postal: _____

No. de téléphone principal : _____ Cellulaire/Autre : _____ Courriel : _____

Moyen de communication préféré : Courrier *Courriel

*En fournissant votre courriel, vous acceptez de recevoir de la correspondance du Collège par cette voie. Nous protégerons d'un mot de passe toute communication contenant des renseignements personnels sur la santé (lorsque autorisé à recevoir), et nous vous enverrons le mot de passe dans un courriel séparé.

Signature

Date

C. RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN (OU CHIRURGIEN)

Identifiez la personne faisant l'objet de cette plainte, ainsi que l'adresse du bureau, si connue. Si vous déposez une plainte contre plus d'un médecin, vous devez compléter un formulaire pour chaque médecin. Une copie de cette plainte sera envoyée au médecin faisant l'objet de la plainte.

Nom complet du médecin: _____

Adresse : _____ Ville: _____ Code postal: _____

Date(s) de la (les) visite(s) : _____

Lieu: Bureau Hôpital Autre : _____

Avez-vous essayé de parler à votre médecin au sujet de vos préoccupations? Oui Non

D. AUTRES RENSEIGNEMENTS

Identifiez tout autre individu (ou individus) ayant fourni des soins de santé ou qui pourrait(pourraient) avoir des renseignements au sujet de vos préoccupations (p. ex. votre médecin de famille, un autre médecin ou professionnel des soins de santé). S'il y a plus de deux individus, veuillez annexer ces renseignements sur une feuille séparée.

Nom complet: _____

Adresse: _____ Ville: _____ Code postal : _____

Date(s) de la (des) visite(s) : _____

Lieu: Bureau Hôpital Autre : _____

Avez-vous parlé à cet individu au sujet de vos préoccupations? Oui Non

E. RENSEIGNEMENTS SUR L'HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SOINS DE SANTÉ

Veuillez indiquer le(s) nom(s) de l'hôpital (des hôpitaux) ou de l'établissement ou des établissements de soins de santé et les dates des visites que vous avez faites sur place au cours de cette période. S'il y a plus de deux instances, veuillez les annexer sur une feuille séparée.

Hôpital/Établissement de soins de santé: _____ Ville: _____

Date(s) de la (les) visite(s): _____

Hôpital/Établissement de soins de santé: _____ Ville: _____

Date(s) de la (les) visite(s): _____

F. VOS ATTENTES

Quel résultat espérez-vous obtenir par le dépôt de cette plainte? **Le Collège n'a aucune autorité juridique pour la direction ni d'influence pour accorder une compensation financière aux auteur(e)s de plaintes.**
