



# Formulaire de dépôt de plainte

## Instructions

1. Complétez ce formulaire de manière aussi détaillée que possible.
2. Assurez-vous que toutes les signatures ont été dûment autorisées.
3. Inclure de la documentation additionnelle lorsque possible.
4. Envoyez le formulaire complété et signé au Centre d'évaluation 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 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. La direction médicale 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 auteurs de plaintes;
- statuer sur une plainte sans offrir l'occasion au médecin 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 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.
- 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 de la plainte

### Liste de vérification:

Avez-vous complété les actions suivantes?

- Inclure le nom complet et l'adresse 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 et le numéro de téléphone où vous joindre pendant le jour;
- Signer et dater le formulaire « *Autorisation de divulguer des renseignements* »;
- Signer et dater le formulaire de consentement du patient (s'il y a lieu);
- Vérifier que toutes les pages du formulaire de plainte ont été complétées et que tous les renseignements additionnels 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 d'évaluation des plaintes  
Collège des médecins et chirurgiens  
de la Saskatchewan  
101 - 2174 Airport Drive  
Saskatoon, SK S7L 6M6

**Télécopieur** (306) 244-0090

Si vous désirez plus de renseignements au sujet du processus de traitement des plaintes. Veuillez consulter notre site web au [www.cps.sk.ca](http://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.



### Autorisation pour le consentement et la divulgation de renseignements

Dossier n°: \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), consente à et autorise la divulgation 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, et les informations se rapportant aux patients et à la facturation**, au sujet du patient au Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan. J'autorise également tout médecin faisant l'objet de cette plainte ou auprès de qui le Collège demande des renseignements de fournir des informations au Collège liées à la plainte, d'accéder aux informations détenues dans tout dossier de santé qui n'est pas confié à la garde ou contrôlés par le médecin afin de fournir des renseignements au Collège. Ce consentement s'appliquera aussi à toute demande, photocopie, et dissémination de ces renseignements effectuées au besoin par le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan 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 : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_   
 JJ MM AAAA

N° de carte de santé du patient : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du patient Date

\_\_\_\_\_  
Signature de l'auteur de la plainte Date   
(si vous n'êtes pas le patient)

**Dans le cas où le patient est décédé, 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 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 en conformité 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)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relation avec le patient (la patiente)

Dossier n° : \_\_\_\_\_

**S'il y a lieu :** En tant que patient(e), je consens à ce que le Collège des médecins et chirurgiens de la Saskatchewan divulgue des renseignements au sujet de ma plainte, y compris des renseignements personnels pouvant mener à mon identification, par exemple des renseignements sur le diagnostic, le traitement et les soins aux patients à l'individu déposant la plainte en mon nom.

### A. Auteur(e) de la plainte

Je suis le patient (la patiente) et;

ma date de naissance est: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ et mon n° de carte de santé est : \_\_\_\_\_  
JJ MM AAAA

Je représente le patient (la patiente) en ce qui concerne cette plainte.

La nature de ma relation avec le patient (la patiente): \_\_\_\_\_  
(exemple : parent, conjoint(e), enfant, parent proche/éloigné, avocat, médecin, exécuteur testamentaire, procureur, etc)

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire/Autre : \_\_\_\_\_

### B. Renseignements sur le patient (la patiente)

Si vous remplissez ce formulaire au nom du patient (de la patiente), veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous au sujet du patient (de la patiente) :

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Prov : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Cellulaire/Autre : \_\_\_\_\_

Renseignements au sujet du patient (de la patiente) :

Date de naissance : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ N° de carte de santé : \_\_\_\_\_  
JJ MM AAAA

\_\_\_\_\_  
Signature – Auteur(e) de la demande

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature – Patient(e)

\_\_\_\_\_  
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 au sujet de 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 parlé 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. le 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 (les) 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 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. Veuillez noter : il est possible que le Collège doive obtenir des dossiers de l'hôpital ou de l'établissement dans le cadre de l'examen de cette plainte.

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 quant au résultat du processus de traitement de cette plainte.

**VEUILLEZ NOTER :** le Collège n'a aucune autorité juridique pour diriger ou influencer le paiement de compensation financière aux auteurs de plainte.

