

**NB : L'utilisation de ce document est facultative. Il prévoit les informations devant être transmises lors de tout signalement obligatoire en vertu de l'application de la Politique de lutte contre la maltraitance du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.**

**NE PAS CLASSER AU DOSSIER DE L'USAGER**

**(NE REMPLACE PAS LA DOCUMENTATION OBLIGATOIRE DU DOSSIER, PAR EXEMPLE LA NOTE D'ÉVOLUTION)**

**VEUILLEZ COCHER LA CASE DU TERRITOIRE ET DE L'INSTALLATION VISÉS**

**TERRITOIRE (MRC)**

- Vallée-de-l'Or       Abitibi       Abitibi-Ouest       Rouyn-Noranda       Témiscamingue

**INSTALLATION**

- Hôpital       CLSC       CHSLD       Déficience physique  
 SM-dépendance       DI-TSA       RPA       Domicile  
 RI-RTF       Organisme communautaire  
 (précisez) : \_\_\_\_\_       Services ambulanciers       Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ COCHER LA OU LES CASES CORRESPONDANT AUX MOTIFS DE MALTRAITANCE**

- Matériel ou financier       Violation des droits       Physique       Psychologique  
 Sexuel       Discrimination et âgisme       Organisationnel (soins et services)

**IDENTIFICATION DE L'USAGER**

- Apte       Inapte selon évaluation médicale       Inapte et protégé avec un régime de protection

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu où l'utilisateur peut être joint dans  
 l'établissement (chambre/local) : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_ Numéro de dossier de l'utilisateur : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT DE L'USAGER OU LA PERSONNE QUI ASSISTE L'USAGER (S'IL Y A LIEU)**

*Si, conformément à la loi, l'utilisateur est représenté ou assisté (par une autre personne que le représentant de l'utilisateur ou d'un intervenant) dans la formulation du présent signalement, l'identification de son représentant ou de la personne qui l'assiste, est requise.*

**Cochez la case appropriée :**       Représentant de l'utilisateur       Personne qui assiste

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 Lien avec l'utilisateur (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE PRÉSUMÉE MALTRAITANTE**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_  
Lien avec l'usager : \_\_\_\_\_

**SYNTHÈSE DE LA SITUATION (CHRONOLOGIE DES ÉVÉNEMENTS, INDICES DE MALTRAITANCE, ETC.)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**OBJECTIFS VISÉS PAR LES ACTIONS RÉALISÉES ET PLANIFIÉES PAR L'ÉQUIPE**

- Faire cesser la maltraitance
- Mettre en place un filet de sécurité (ex. : augmenter la présence du personnel dans le milieu, démarche d'ouverture d'un régime de protection, information à l'usager sur les ressources d'aide, etc.)
- Offrir à l'usager les soins et services requis suite à la maltraitance subie
- Vérifier si d'autres usagers sont ou ont été victimes de maltraitance (si tel est le cas, fournir des précisions à la section suivante)
- Autre objectif (précisez ci-dessous)

**ACTIONS RÉALISÉES ET PLANIFIÉES VISANT À METTRE FIN À LA MALTRAITANCE**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**UN GESTIONNAIRE EST-IL INFORMÉ DE LA SITUATION? SI OUI, QUEL EST LE NOM DU GESTIONNAIRE?**

\_\_\_\_\_

**LE SERVICE DES RELATIONS DE TRAVAIL EST-IL IMPLIQUÉ DANS L'ANALYSE DE LA SITUATION? SI OUI, QUEL EST LE NOM DE LA PERSONNE?**

\_\_\_\_\_

**PERSONNE SIGNALANTE**

Nom de la personne : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse courriel : \_\_\_\_\_  
Titre de la personne (ex. : intervenant, et indiquer le service) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Veillez transmettre le document rempli à l'adresse suivante : [cissat.info.plaintes@ssss.gouv.qc.ca](mailto:cissat.info.plaintes@ssss.gouv.qc.ca).**

**Pour plus d'informations, veuillez communiquer avec le Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services au 1 888 764-5531.**