



Date : _____

SITE : HGM/MGH (General) GLEN PÉDIATRIQUE/PEDIATRICS GLEN ADULTE/ADULT
 LACHINE HNM/MNH (Neuro)

LANGUE/LANGUAGE : Français / French Anglais / English

IDENTIFICATION

PATIENT	REPRÉSENTANT / REPRESENTATIVE
NOM / NAME :	NOM / NAME :
ADRESSE :	ADRESSE :
TÉLÉPHONE – MAISON / HOME :	TÉLÉPHONE – MAISON / HOME :
TÉLÉPHONE - CELL :	TÉLÉPHONE - CELL :
# DOSSIER / CHART # :	
D.D.N. / D.O.B. :	LIEN / RELATIONSHIP :

PLAINTÉ / COMPLAINT

Précisez : le lieu (urgence, clinique, etc.), la date et l'heure/ Tell us: the place (emergency, clinic, etc.), the date and time

PLAINTE / COMPLAINT (suite / cont'd)

RÉSULTATS ATTENDUS / EXPECTED OUTCOME

Je consens à ce qu'un membre du bureau de la Commissaire aux plaintes examine mon dossier et que l'information pertinente soit transmise aux personnes concernées et consultées/ I consent to the examination of my file by a member of the Ombudsman's office and to the transmission of the pertinent information to the concerned and consulted persons

Signature du plaignant / Complainant's signature : _____

Vous pouvez envoyer ce formulaire par courriel à l'adresse suivante \ You may send this form by email at this address : ombudsman@muhc.mcgill.ca