



INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC
UNIVERSITÉ LAVAL

Commissariat aux plaintes et à la qualité des services

DÉCLARATION D'UNE SITUATION DE MALTRAITANCE envers une personne aînée et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité

Identification de la personne qui effectue la déclaration de la situation de maltraitance

Nom et prénom _____

Téléphone(s) où l'on peut vous joindre _____

Courriel _____

Si professionnel de la santé – Votre fonction _____

Nom du service ou de l'unité _____

Identification de la personne victime de maltraitance

Nom et prénom _____

Date de naissance (si connue)(AAAA-MM-JJ) _____ Âge : _____

N° de dossier si la personne victime reçoit des services _____

Adresse et code postal _____

Nom de l'établissement duquel elle reçoit des services _____

Identification de la ou les personnes soupçonnées d'infliger de la maltraitance

Nom et prénom _____

Lien avec la victime Personne œuvrant pour l'IUCPQ-UL ou un prestataire de services de santé et de services sociaux Usager Proche

Description des événements qui ont conduit au dépôt de la déclaration de situation de maltraitance

Décrivez, le plus précisément possible, les faits qui vous amènent à considérer qu'une personne vulnérable a subi de la maltraitance. Indiquer l'événement, la date, le lieu et l'heure si connus ainsi que les témoins présents, s'il y a lieu.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Précisions sur le type de maltraitance

- Psychologique Violation des droits
- Physique Organisationnelle
- Sexuelle Âgisme
- Matérielle ou financière

Veillez retourner ce formulaire à :
iucpq.gestion.plaintes@ssss.gouv.qc.ca