



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**

Décrire, 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](mailto:iucpq.gestion.plaintes@ssss.gouv.qc.ca)