

Date : \_\_\_\_\_  
Nom et prénom du résident : \_\_\_\_\_ Chambre : \_\_\_\_\_

**Personne contact**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_

**Lien avec le résident**

Téléphone à la résidence : \_\_\_\_\_

Téléphone au travail : \_\_\_\_\_

Cellulaire : \_\_\_\_\_

Insatisfaction présentée à : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

**Date de l'événement :**

**Description de la situation (insatisfaction) :**

---

---

---

---

---

---

Service attendu :

---

Service rendu :

---

Contraintes :

---

Solutions possibles :

---

**Satisfaction du résident/famille**

Très satisfait

Satisfait

Insatisfait

Très insatisfait

Photocopie du formulaire rempli acheminée au

directeur général du CHSLD

Date : \_\_\_\_\_

Initiales : \_\_\_\_\_

