



Fiche de plaintes et de réclamation

Cadre réservé à l'établissement

Cette fiche permet de déclarer toute situation interpellante pouvant nuire au confort et à la sécurité des résidents. L'analyse de votre réclamation permettra d'améliorer la sécurité des résidents de l'EHPAD et de faire progresser la bientraitance.

PERSONNE DECLARANTE <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Intervenant extérieur	<input type="checkbox"/> Je souhaite que ma déclaration reste anonyme <input type="checkbox"/> J'accepte d'être contacté suite à ma déclaration NOM : Prénom : Adresse email :
PERSONNE CONCERNEE PAR LA RECLAMATION <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Visiteur <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Intervenant extérieur NOM : Prénom : Numéro de chambre :	TEMOINS EVENTUELS Témoignage numéro 1 : NOM : Fonction : Témoignage numéro 2 : NOM : Fonction :
Date de la déclaration :	Date de l'incident : Heure de survenue :
LIEU PRÉCIS <input type="checkbox"/> Accueil <input type="checkbox"/> Restaurant <input type="checkbox"/> Parc <input type="checkbox"/> Parking <input type="checkbox"/> Salle d'animation <input type="checkbox"/> Couloir, précisez : <input type="checkbox"/> Chambre, précisez : <input type="checkbox"/> Autre, précisez :	
DESCRIPTION DES FAITS	
ACTION IMMEDIATE REALISEE	
Nom prénom :	Signature :

