

FORMULAIRE D'ANALYSE D'UNE RÉCLAMATION  
Bris, perte ou disparition d'un bien personnel d'un usager  
(À remplir par le gestionnaire du service)

IDENTIFICATION DE L'USAGER

NOM _____	PRÉNOM _____	DOSSIER N° _____
DATE DE LA RÉCLAMATION _____ (Année/mois/jour)	DATE DE L'ÉVÉNEMENT _____ (Année/mois/jour)	

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER

• BIENS

1. Liste des biens personnels complétée? (Si oui, joindre une copie)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
2. Le bien faisant l'objet d'une réclamation s'y trouve-t-il?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
3. Dans la négative, est-ce qu'un membre du personnel a eu connaissance que l'usager avait ce bien en sa possession <u>avant</u> la perte ou le bris ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
4. L'usager est-il porteur de prothèses ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
Commentaires :			
5. Un formulaire Rapports d'incident/accident AH 223 a-t-il été rempli? (Si oui, joindre une copie)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
		N° du rapport :	
6. L'usager a-t-il été avisé que l'établissement n'est pas responsable de la surveillance des effets personnels?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
7. L'événement a-t-il eu lieu lors d'un transfert?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui entre quels services ou unités? _____			
Heure du transfert : _____			

• ÉTAT DE L'USAGER

Arrivée de l'usager :	<input type="checkbox"/> par ambulance	<input type="checkbox"/> autre	
<input type="checkbox"/> Non applicable, car déjà hospitalisé ou hébergé			
État de l'usager :			
• Confus, désorienté?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	• Agité? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Mange sans aide?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	• Se déplace seul? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
• Sous médication?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Effets secondaires? _____
Surveillance ou manipulation par le personnel? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Surveillance ou manipulation par la famille? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

• **PRÉCISIONS RELATIVES À L'ÉVÉNEMENT**


• **RECOMMANDATION**

Diriez-vous que l'établissement est responsable ?       oui     non     Partiellement    % 0 ou    0,00 \$

Commentaires :

Code d'imputation (Unité administrative): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du gestionnaire

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date (Année/mois/jour)

SVP, ACHEMINER CE FORMULAIRE À [comptabilite-generale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:comptabilite-generale.cissslau@ssss.gouv.qc.ca) ACCOMPAGNÉ DES DOCUMENTS SUIVANTS :

- FORMULAIRE AH-223
- LISTE DES OBJETS PERSONNELS DE L'USAGER, IDÉALEMENT SIGNÉE PAR L'USAGER OU SON RÉPONDANT
- LE FORMULAIRE DE RÉCLAMATION D'UN USAGER POUR BRIS, PERTES OU DISPARITION D'UN BIEN PERSONNEL (ANNEXE 3) REMPLI ET SIGNÉ PAR L'USAGER OU SON RÉPONDANT
- FACTURE D'ACHAT DU BIEN PERDU OU BRISÉ
- FACTURE OU SOUMISSION DU BIEN À RÉPARER OU À REMPLACER