

Gestion d'une insatisfaction

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 : _____

