

Résidence du Changeon 2, rue du Boishamon 35450 LIVRE SUR CHANGEON	RECLAMATIONS ET PLAINTES (Formulaire pour recueillir les réclamations / plaintes des résidents, familles, visiteurs, intervenants extérieurs)	
--------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

A REMETTRE DANS LA BOITE AUX LETTRES A L'ENTREE DE LA RESIDENCE OU
A RENVoyer PAR MAIL : secretariat@residenceduchangeon.fr et/ou direction@residenceduchangeon.fr

Personne déclarante	Personne concernée, si différente :
Nom, prénom : <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Bénévole <input type="checkbox"/> Visiteur	<input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Bénévole
<input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Professionnel de santé extérieur <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre :
Contexte de la réclamation ou plainte	Evénement déjà survenu dans la Résidence
Date et heure de l'événement : Lieu :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas

SECURITE DES PERSONNES	PRESTATIONS HÔTELIÈRES
<input type="checkbox"/> Agression, violence (entre ou sur résident(s)) <input type="checkbox"/> Conflit (entre résidents, agents, avec famille...) <input type="checkbox"/> Intrusion de personnes non autorisées <input type="checkbox"/> Chute (conséquence physique, etc.) <input type="checkbox"/> Disparition / Sortie inopinée de résident <input type="checkbox"/> Problème de sécurité du bâtiment <input type="checkbox"/> Ingestion de corps étrangers <input type="checkbox"/> Maltraitance (sous toutes formes, avérée ou non) <input type="checkbox"/> Tentative de suicide <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Hygiène des locaux communs <input type="checkbox"/> Entretien de la chambre <input type="checkbox"/> Qualité des repas <input type="checkbox"/> Service des repas et ambiance en salle à manger <input type="checkbox"/> Rupture de stocks (papier toilette, essuie-mains...) <input type="checkbox"/> Autre :
PROBLEMES TECHNIQUES ET MATERIELS	SOINS ET ACCOMPAGNEMENT QUOTIDIEN
<input type="checkbox"/> Fuite d'eau, robinetterie, etc. <input type="checkbox"/> Dégradation des locaux et matériels <input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation du matériel <input type="checkbox"/> Disparition de matériel <input type="checkbox"/> Température dans les locaux (froid, chaleur...) <input type="checkbox"/> Problème de connexion (téléphonie, internet...) <input type="checkbox"/> Panne, dysfonctionnement <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Défaut d'information (chute, évolution état de santé, etc.) <input type="checkbox"/> Oubli d'un rendez-vous <input type="checkbox"/> Perte de document (carte vitale...) <input type="checkbox"/> Plaies, escarres <input type="checkbox"/> Erreur de médicament <input type="checkbox"/> Défaut de prise en charge de la douleur <input type="checkbox"/> Qualité des soins (hygiène, tenue vestimentaire, etc.) <input type="checkbox"/> Comportement des professionnels <input type="checkbox"/> Autre :
SECURITE DES BIENS	VIE INSTITUTIONNELLE / DROITS ET LIBERTES
<input type="checkbox"/> Bris ou perte d'objets personnels <input type="checkbox"/> Vol <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Accueil / Affichage / Distribution du courrier <input type="checkbox"/> Non-respect du libre-choix/consentement du résident <input type="checkbox"/> Communication insuffisante entre services <input type="checkbox"/> Communication insuffisante sur la vie institutionnelle <input type="checkbox"/> Non-respect du résident : dignité, intégrité, confidentialité, etc. <input type="checkbox"/> Professionnels injoignables /délais d'attente <input type="checkbox"/> Autre :
DIVERS	
<input type="checkbox"/> A préciser :	

DEGRE DE GRAVITE			
<input type="checkbox"/> Mineur	<input type="checkbox"/> Significatif	<input type="checkbox"/> Majeur	A remplir par la personne déclarante <input type="checkbox"/> Critique
<input type="checkbox"/> Catastrophique	<input type="checkbox"/> Déterminé		
PRECISIONS : Description de l'événement et des mesures immédiates prises (personnes prévenues...)			
A remplir par la personne déclarante			

Suites données à la présente déclaration

A remplir par la direction et/ou IDEC

Accusé de réception

Date

Signature

Enregistrement tableau d'analyse

Date :

Date éventuelle de passage en COPIL :