****

SIGNALEMENT MALTRAITANCE

**Étape 1 de 4 - Identification de la personne présumée maltraitée**

|  |
| --- |
| Prénom et nom Date de naissance :       |
| Adresse  Téléphone   |

 **Étape 2 de 4 - Identification de la personne présumée maltraitante**

|  |
| --- |
| Prénom et nom   |
| Lien avec l’usager Téléphone        |

 **Étape 3 de 4 – Description de la situation**

|  |
| --- |
| Date de l’événement  Lieu de l’événement (installation, unité)   |
|  |
| Indentification du type de maltraitance présumée (possibilité de cocher plus d’un choix) : |
| [ ]  Physique | [ ]  Psychologique | [ ]  Financière/matérielle | [ ]  Sexuelle |
| [ ]  Âgisme | [ ]  Violation des droits | [ ]  Organisationnelle |  |
|  |

|  |
| --- |
| Description des faits vous amenant à considérer qu’une personne vulnérable vit de la maltraitance.      |
|  |

**Étape 4 de 4 – Identification de la personne qui fait le signalement**

|  |
| --- |
| Prénom et nom   |
| Lien avec l’usager  |
| Numéro de téléphone  | Courriel  |
| Le CPQS a la responsabilité de s’assurer de la confidentialité des renseignements permettant d’identifier la personne qui signale une situation de maltraitance, à moins d’un consentement de sa part.Est-ce que vous consentez à être identifié si jugé opportun par la commissaire? [ ] Oui [ ] NonEst-ce que vous consentez à être contacté si jugé opportun par la commissaire? ☐Oui ☐Non |

**N.B. Si vous êtes un prestataire de la santé et des services sociaux ou un professionnel au sens du Code des professions, veuillez remplir la section suivante :**

|  |
| --- |
| Prénom et nom de votre supérieur immédiat   |
| Numéro de téléphone  |   |
| Votre supérieur immédiat a-t-il validé vos démarches? [ ] Oui [ ] Non |
| Un rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223) a-t-il été complété? [ ] Oui [ ] Non |
| Numéro du AH-223 : (joindre le AH-223 au signalement) |
| [ ]  Processus de vérification des faits en cours au moment du signalement. |
| [ ]  Situation de maltraitance confirmée au moment du signalement. |
| Action(s) mise(s) en œuvre pour remédier à la situation : |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Objectifs visés par les actions réalisées/planifiées : |
| [ ]  Mettre en place un filet de sécurité (ex. : augmenter la présence de personnel dans le milieu, ouverture d’un régime de protection, information à l’usager sur les ressources d’aides, etc.). |
| [ ]  Offrir à l’usager les soins et services requis suite à la maltraitance subie. |
| [ ]  Vérifier si d’autres usagers sont ou ont été victimes de maltraitance (si tel est le cas, fournir des précisions). |
| [ ]  Autre objectif :       |

|  |
| --- |
| **Aide à la décision – Signalement obligatoire** |
| [ ]  Usager majeur hébergé dans un CHSLD ou RI ou RTF |
| [ ]  Toute personne majeure qui est sous tutelle ou ayant un mandat de protection homologué |
| [ ]  Toute personne majeure dont l’inaptitude à prendre soin d’elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d’une mesure de protection. |
| [ ]  Toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés. |

Faire parvenir votre formulaire (et le rapport AH-223 le cas échéant) à l’adresse courriel suivante :

**commissaire.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca**

Les renseignements personnels fournis pourraient être utilisés aux fins d’analyse de la situation portée à notre attention. Le cas échéant, ceux-ci seront transmis aux seules personnes concernées.