****

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 Non  Est-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**](mailto: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.