



Ce que vous pouvez déclarer :

*Tout événement qui pourrait avoir des conséquences sur la qualité de la prise en charge des résidents
et sur la sécurité des personnes dans l'établissement.*

CADRE RESERVE AU DECLARANT

IDENTIFICATION DU DÉCLARANT

Nom du déclarant : _____

Si lien de parenté avec un résident :

Nom du résident: _____

Et lien de parenté :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conjoint, | <input type="checkbox"/> Frère / sœur, |
| <input type="checkbox"/> Enfant, | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |
| <input type="checkbox"/> Tuteur / curateur, | |

Si pas de parenté avec un résident (intervenant extérieur, fournisseurs...) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Intervenant extérieur, | <input type="checkbox"/> profession libérale, |
| <input type="checkbox"/> Fournisseur (livreur) | <input type="checkbox"/> Autres : _____ |

Date : ____/____/____

OBJET DE LA RÉCLAMATION

- Prise en charge quotidienne du résident
- Relation avec les autres familles
- Relation avec les autres Résidents
- Comportement d'un Résident
- Comportement du Personnel
- Informations

- Disparition ou perte d'un objet,
- Gestion du linge
- Alimentation, repas
- Matériel défectueux
- Sécurité
- Autre : _____

Lieu du dysfonctionnement : _____

Date : ____/____/____ Jour : _____ Heure : ____ : ____

DESCRIPTION DES FAITS

Merci de compléter cette partie en toute objectivité.

Merci de déposer ce document dans la boîte aux lettres à l'entrée de l'EHPAD.



CADRE RESERVE AU DIRECTEUR ET AU REFERENT QUALITE

Numéro d'enregistrement : _____

Signature :

Date de Réception : ____/____/____

SUIVI DE LA RECLAMATION

Date de la rencontre avec le déclarant : ____/____/____

Etat de suivi de l'action :
