



MARIANHILL

PRÉOCCUPATION D'UN RÉSIDENT OU DE SA FAMILLE À PROPOS DES SOINS  
RAPPORT SUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Résident ou emplacement : _____	Date : _____
_____	
Personne qui signale le problème : _____	N° de téléphone : _____
_____	Personne qui reçoit l'information : _____
_____	

Problème ou préoccupation : .....

Mesure recommandée :

Service/comité/secteur de travail :

Signature de la personne qui remplit le formulaire : \_\_\_\_\_ Date :

Mesure prise :

Recommandations pour éviter que la situation se reproduise :

Date de l'examen :

PRÉOCCUPATION D'UN RÉSIDENT OU DE SA FAMILLE CONCERNANT LES SOINS			
TENTATIVES DE COMMUNICATION :	DATE	HEURE	RÉSULTAT* PERSONNE REJOINTE INT. PERSONNEL
1)	_____	_____	_____
2)	_____	_____	_____
3)	_____	_____	_____
* Message laissé (ML), Pas de réponse (PR), Occupé (OC), Contact établi (CÉ)			
Bref résumé de la discussion :			
Perception du personnel sur la satisfaction après la conversation :    Satisfait    Insatisfait    Suivi requis			

\_\_\_\_\_  
Superviseur(e)/président(e) du comité/gestionnaire

Date

\_\_\_\_\_  
Président(e) du comité d'amélioration continue

Date

Suivi/examen :

\_\_\_\_\_  
Président(e) du comité d'amélioration continue

Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la directrice générale

Date