

1. Identification de l'utilisateur

Nom : _____ Prénom : _____ # dossier : _____

2. Collecte de données par le gestionnaire du secteur d'activité

Installation : _____ Service/unité : _____

Date de l'événement : _____ Date du constat : _____

Date de la réclamation : _____ Code budgétaire : _____

Description de l'effet personnel : _____

Type de réclamation : ☐ Bris ☐ Perte

3. Analyse préliminaire par le gestionnaire du secteur d'activité

Contexte de la prestation de soins et de services : _____

Cause de l'événement : _____

Usager informé de la politique à son admission : ☐ Oui ☐ Non

Responsable de la gestion de l'effet personnel : ☐ Usager ☐ Personnel ☐ Consignation

Lieu entreposage (s'il y a lieu) : _____

4. Documents à joindre (obligatoire)

- | | |
|---|---|
| ☐ Déclaration d'incident ou d'accident | ☐ Formulaire Liste des effets personnels conservés par l'usager |
| ☐ Facture antérieure du bien réclamé | ☐ Formulaire Liste des effets personnels mis en consignation (s'il y a lieu) |
| ☐ Preuve de la valeur du bien réclamé | ☐ Formulaire Demande de réclamation pour bris ou perte d'effets personnels |

5. Conclusion du gestionnaire

Responsabilité de l'établissement : ☐ Oui ☐ Non

6. Signature du gestionnaire du secteur d'activité concerné

Nom et prénom : _____

Signature : _____ Date : _____

Collecte de données et analyse d'une demande de réclamation

7. Reçu par le Service de gestion de la qualité et des risques

Nom et prénom : _____

Signature : _____ Date : _____

8. Analyse détaillée par le Service de gestion de la qualité et des risques

Date d'envoi de l'accusé de réception : _____

Date achat du bien réclamé : _____

Durée de vie utile* : _____

Dépréciation annuelle* : _____

**Selon le Guide de dépréciation de la direction des assurances du réseau de la santé et des services sociaux (DARSSS).*

9. Analyse

Est-ce que le bris/perte du bien est démontré? ☐ Oui ☐ Non Expliquez : _____

Est-ce que la responsabilité de l'établissement est engagée? ☐ Oui ☐ Non Expliquez : _____

10. Décision ☐ Acceptée ☐ Refusée

11. Tableau explicatif

Coût initial : _____

Coût de remplacement ou de réparation : _____

Montant admissible : _____

% de dépréciation : _____

Montant payable par le CISSS de la Montérégie-Ouest : _____

12. Signature du professionnel en gestion de la qualité et des risques

Nom et prénom : _____

Signature : _____ Date : _____