



## Formulaire de plainte

Afin de déposer une plainte, veuillez remplir ce formulaire et envoyez-le par courrier à l'Ordre à l'adresse inscrite à la fin du formulaire.

**Si vous êtes le patient, l'Ordre devra obtenir vos renseignements personnels sur votre santé aux fins d'enquête sur votre plainte.**

Si vous formulez une plainte au nom du patient, veuillez demander au patient qu'il signe le formulaire de consentement en ligne et qu'il l'envoie à l'Ordre.

**Veuillez prendre note que nous aviserons le médecin de votre plainte dans les 14 jours suivant la réception des renseignements par l'Ordre.**

Si vous aimeriez parler à quelqu'un à propos des soins offerts par un médecin ou de la conduite de celui-ci, ou à propos de la procédure de traitement des plaintes, veuillez prendre contact avec notre **Service de consultation publique** au **416-967-2603** ou au **1-800-268-7096 poste 603** (sans frais en Ontario).

### Ce qui ne relève pas de l'Ordre

- S'occuper des préoccupations ou des plaintes portant sur des hôpitaux ou d'autres professionnels de la santé (infirmières, pharmaciens, chiropraticiens, naturopathes) qui ne sont pas accrédités par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Émettre un diagnostic, offrir une orientation ou fournir des recommandations portant sur un traitement, ou diriger les soins prodigués à un patient
- Procurer toute compensation financière aux patients, aux plaignants ou aux familles
- Traiter les plaintes sans en aviser préalablement les médecins

## A. Personne adressant la plainte

|                             |                      |                           |                      |
|-----------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Nom de famille              | <input type="text"/> | Prénom                    | <input type="text"/> |
| Rue                         | <input type="text"/> | N° d'app.                 | <input type="text"/> |
| Ville                       | <input type="text"/> | Province                  | <input type="text"/> |
|                             |                      | Code postal               | <input type="text"/> |
| Numéro de téléphone de jour | <input type="text"/> | Autre numéro de téléphone | <input type="text"/> |
| Courriel                    | <input type="text"/> |                           |                      |

**Si vous n'êtes pas le patient, veuillez décrire votre lien avec celui-ci et fournissez des détails le concernant dans la Section B.**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Lien avec le patient | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

**B. Renseignements sur le patient**
 Le même que le plaignant

ou:

|                             |                      |                               |                      |
|-----------------------------|----------------------|-------------------------------|----------------------|
| Nom de famille              | <input type="text"/> | Prénom                        | <input type="text"/> |
| Rue                         | <input type="text"/> | N° d'app.                     | <input type="text"/> |
| Ville                       | <input type="text"/> | Province                      | <input type="text"/> |
|                             |                      | Code postal                   | <input type="text"/> |
| Numéro de téléphone de jour | <input type="text"/> | Autre numéro de téléphone     | <input type="text"/> |
| Date de naissance           | <input type="text"/> | Date du décès (s'il y a lieu) | <input type="text"/> |
| Courriel                    | <input type="text"/> |                               |                      |

Si le patient n'est pas le plaignant, veuillez demander au patient de remplir le formulaire de consentement en ligne puisque l'Ordre doit obtenir des renseignements personnels pertinents concernant sa santé dans le but de mener son enquête. Si le patient est décédé ou de toute autre façon incapable de signer le formulaire de consentement, celui-ci doit être signé par :

- le tuteur légal du patient;
- la procuration relative au soin de la personne;
- l'exécuteur testamentaire du patient.

**C. Médecin faisant l'objet de la plainte**

Veuillez prendre note que l'Ordre a uniquement autorité sur les médecins, et non sur les autres professionnels de la santé ou établissements.

|                             |                      |              |                      |
|-----------------------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Nom de famille              | <input type="text"/> | Prénom       | <input type="text"/> |
| Rue                         | <input type="text"/> | N° de bureau | <input type="text"/> |
| Ville                       | <input type="text"/> | Province     | <input type="text"/> |
|                             |                      | Code postal  | <input type="text"/> |
| Numéro de téléphone de jour | <input type="text"/> | Spécialité   | <input type="text"/> |

**Où avez-vous rencontré ce médecin? (ne cochez qu'une réponse)**

Hôpital     
  Bureau     
  Clinique sans rendez-vous

Autre >>> Veuillez préciser :

**Quand avez-vous rencontré ce médecin?**

Dates des traitements

### D. Détails concernant les autres médecins

Veillez identifier tous les autres médecins qui vous ont prescrit des soins médicaux concernant vos préoccupations. Si plus de deux médecins détiennent des renseignements, veuillez continuer sur une feuille distincte.

Nom de famille  Prénom

Rue  N° de bureau

Ville  Province  Code postal

Numéro de téléphone de jour  Spécialité

Où avez-vous rencontré ce médecin? (ne cochez qu'une réponse)

Hôpital       Bureau       Clinique sans rendez-vous

Autre >>> Veuillez préciser :

**Quand avez-vous rencontré ce médecin?**

Dates des traitements

---

Nom de famille  Prénom

Rue  N° de bureau

Ville  Province  Code postal

Numéro de téléphone de jour  Spécialité

Où avez-vous rencontré ce médecin? (ne cochez qu'une réponse)

Hôpital       Bureau       Clinique sans rendez-vous

Autre >>> Veuillez préciser :

**Quand avez-vous rencontré ce médecin?**

Dates des traitements

### E. Détails des hôpitaux ou des établissements où vous avez été accueilli

Veillez fournir les noms des hôpitaux ou des autres établissements de santé où vous êtes allés, de même que les dates de ces visites. Si vous avez été accueilli dans plus de deux établissements, veuillez continuer sur une feuille distincte.

Nom de l'établissement

Rue

Ville  Province  Code postal

Date de la visite

Nom de l'établissement

Rue

Ville  Province  Code postal

Date de la visite

### F. Détails de la plainte

1. Sur une feuille distincte, veuillez préciser les détails de votre plainte.
2. Veuillez exposer les détails de votre plainte en énumérant les sujets qui vous préoccupent (soins, comportement, etc.) :

i.

ii.

iii.

S'il y a plus de trois sujets de préoccupation, veuillez continuer sur une feuille distincte.

3. Pourquoi ces sujets vous préoccupent-ils?

4. Veuillez rédiger une description des efforts que vous avez déployés pour résoudre ce problème

## G. Attestation et signature

**NB: This section is only for a complainant who is also the patient**

J'ai lu et je comprends les éléments suivants :

Je comprends que, dans le cadre de cette enquête, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (OMCO) obtiendra les renseignements personnels pertinents concernant ma santé (ou ceux concernant la santé du patient). L'Ordre partagera une partie ou la totalité des renseignements et des documents concernant le ou les médecins faisant l'objet de la plainte qui lui ont été fournis par moi-même ou par d'autres parties.

Les renseignements contenus dans ce formulaire sont recueillis en vertu de l'autorité de la Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées. Ces renseignements seront utilisés dans le cadre du traitement de ma plainte.

Je comprends que si moi-même ou le médecin portons la décision de l'Ordre en appel, les renseignements médicaux et les autres renseignements recueillis au cours de l'enquête doivent être divulgués à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé, un tribunal privé.

\_\_\_\_\_

Date de la signature

\_\_\_\_\_

Signature du plaignant (patient)

Toutes les questions concernant la cueillette ou l'utilisation de ces renseignements doivent être dirigées au Service des enquêtes et des résolutions de problèmes de l'OMCO.

Envoyez le formulaire rempli par courrier à :

Greffier  
a/s du Service des enquêtes et des résolutions de problèmes  
Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario  
80, rue College  
Toronto (Ontario) M5G 2E2

Les plaintes ne peuvent **PAS** être envoyées par courriel, puisqu'une signature originale est requise. Toute correspondance provenant de notre part sera envoyée par courrier régulier afin de préserver la confidentialité du patient.

## Liste de vérification

**Avez-vous fourni ou vérifié les éléments suivants?**

- Noms et adresses complets des médecins concernés par la plainte
- Description exhaustive de la plainte
- Votre nom et un numéro de téléphone auquel vous pouvez être rejoint
- Le formulaire de consentement est signé et daté si le patient n'est pas le plaignant
- La section concernant l'attestation a été signée et datée