

Date : _____
Nom et prénom du résident : _____ **Chambre :** _____

Personne contact :
Nom et prénom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____

Lien avec le résident _____

Téléphone à la résidence : _____
Téléphone au travail : _____
Cellulaire : _____

Insatisfaction présentée à : _____ **Fonction :** _____

Date de l'événement : _____

Description de la situation (insatisfaction) :

Service attendu :

Service rendu :

Contraintes :

Solutions possibles :

Satisfaction du résident/famille

Très satisfait Satisfait Insatisfait Très insatisfait

Photocopie du formulaire rempli acheminée à
l'ASI/chef d'unité **Date :** _____ **Initiales :** _____



SUIVI

ASI/chef d'unité – Insatisfaction acheminé aux PDG-DGA-DSI-RSI

Signature : _____

Date : _____

