***Signalement de situations de maltraitance***

|  |  |
| --- | --- |
| Date du signalement : |  |
| Nom de l’usager : |  |
| Date de naissance : |  |
| Numéro d’assurance maladie : |  |
| Numéro de dossier : |  |
| **RAPPEL : Double identification de l’usager importante** | |
| Comme stipulé dans l'article 5.3.3 de la procédure de la Lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées et toute personne majeure en situation de vulnérabilité (DQEPE-PRO-011), je procède ce jour à un signalement sur une situation de : | |
| Maltraitance psychologique  Maltraitance organisationnelle  Maltraitance physique  Âgisme  Maltraitance sexuelle  Violation des droits  Maltraitance matérielle ou financière  Stigmatisation | |
| Milieu de vie où réside l’usager (RI, RTF, RPA, CHSLD ou domicile) et nom de la ressource, s’il y a lieu : |  |
| Cet usager **est protégé** par une mesure de protection légale ou un mandat de protection homologué | |
| Synthèse de la situation :   |  |  | | --- | --- | |  |  |   Une prise en charge est actuellement en cours par l’intervenant afin de contrer la situation de maltraitance et le gestionnaire est informé de la situation. | |
| Nom de l’intervenant pivot : |  |
| Nom de la mission et de la MRC : |  |
| Nom du gestionnaire : |  |
|  | |
| Pour le moment :  Aucune intervention n’est attendue de votre part  **OU**  Mentionner les attentes particulières à l’endroit du commissaire :   |  |  | | --- | --- | |  |  | | | |
| Nom de la personne qui fait le signalement : |  |
| Signature : |  |
| Titre d’emploi : |  |
| Installation |  |
| Programme clinique et no téléphone : |  |
|  |  |