
DIRECTIVES GÉNÉRALES

Le présent formulaire vise à aider les titulaires de permis et les membres du personnel des maisons de retraite à faire rapport de tout cas allégué, soupçonné ou observé de mauvais traitements et/ou de négligence envers un **résident** s'ils ont des motifs raisonnables de soupçonner un préjudice ou un risque de préjudice à ce résident en vertu de l'article 75 de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite* (la Loi).

Dans ce formulaire, vous pourrez visualiser des définitions en faisant glisser le curseur de votre souris sur des mots ou des phrases en caractères **orange**. Ces définitions s'appliquent uniquement à ce formulaire de rapport d'incident et elles ne remplacent pas les définitions énoncées dans la *Loi de 2010*

COMMENT TRANSMETTRE CE FORMULAIRE?

Une fois rempli, le formulaire peut être envoyé par courrier, par courriel ou par télécopie à l'adresse suivante :

Office de réglementation des maisons de retraite

À l'attention de : Réception des plaintes

55, rue York, bureau 700

Toronto (Ontario) M5J 1R7

Télécopie : 1 855 631-0170

Courriel : info@rhra.ca

Pour créer un courriel avec ce formulaire dûment rempli en pièce jointe, cliquez sur le bouton **Transmettre le formulaire** qui se trouve à la fin de ce document. Vous pouvez également faire votre rapport en communiquant par téléphone avec une agente ou un agent de réception des rapports de l'ORMR au :

1-855-ASK-RHRA (1-855-275-7472)

RENSEIGNEMENTS SUR LA MAISON DE RETRAITE

Nom de la **maison de retraite** : _____

Numéro du permis : _____

Adresse de la maison de retraite

Numéro de la rue : _____

Nom de la rue : _____

Ville ou village : _____

Code postal : _____

COORDONNÉES

Nom de la personne qui établit le rapport : _____

Poste/Titre : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse électronique : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉSIDENT

Veuillez fournir le nom, le numéro de chambre et les coordonnées (si possible) du résident visé par le rapport.

Nom du résident : _____ Numéro de la chambre : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Si ce résident se trouve dans une unité subventionnée, précisez la source du financement ou de la subvention, par exemple le ministère de la Santé, le ministère des Soins de longue durée, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, ou une municipalité.

Source du financement ou de la subvention : _____

Si le résident susmentionné a un mandataire spécial (MS), veuillez fournir ses coordonnées.

Nom du MS : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Le résident et le MS, le cas échéant, savent-ils que vous faites ce rapport?

Oui Non

Si un autre résident est impliqué, veuillez fournir ses renseignements personnels ci-après.

Nom du résident : _____ Numéro de la chambre : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Si ce résident se trouve dans une unité subventionnée, précisez la source du financement ou de la subvention, par exemple le ministère de la Santé, le ministère des Soins de longue durée, le ministère des Services à l'enfance et des Services sociaux et communautaires, ou une municipalité.

Source du financement ou de la subvention : _____

Si le résident susmentionné a un mandataire spécial (MS), veuillez fournir ses coordonnées.

Nom du MS : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse électronique : _____

Le résident et le MS, le cas échéant, savent-ils que vous faites ce rapport?

Oui Non

TÉMOINS OU AUTRES PARTIES PERTINENTES

TÉMOIN

Nom :

Poste/Titre :

Numéro de téléphone :

TÉMOIN

Nom :

Poste/Titre :

Numéro de téléphone :

TÉMOIN

Nom :

Poste/Titre :

Numéro de téléphone :

RAPPORT D'INCIDENT

Quelle est la nature de l'incident?

J'ai des motifs raisonnables de soupçonner un préjudice ou un risque de préjudice à un résident en vertu de l'article 75 de la Loi relativement à : (Sélectionnez tous les types qui conviennent.)

Administration d'un traitement ou de soins à un résident de façon inappropriée ou incompétente

Mauvais traitements infligés à un résident par qui que ce soit (notamment des mauvais traitements d'ordre psychologique, physique, sexuel ou verbal et/ou l'exploitation financière)

Acte de négligence commis envers un résident par le titulaire de permis ou le personnel de la maison de retraite

Acte illégal (par exemple, vol de médicaments par le personnel, imputation de frais injustifiés ou expulsion illégale)

Mauvaise utilisation ou détournement de l'argent d'un résident (qu'il y ait, ou non, un préjudice ou un risque de préjudice)

Précisions sur l'incident ou les incidents

Date de l'incident ou des incidents : jj/mm/aaaa _____

Date à laquelle l'incident ou les incidents ont été découverts par la maison de retraite ou signalés à : _____

Description de l'incident ou des incidents : (Veuillez fournir tous les renseignements pertinents.)

MESURES PRISES ET SUIVI

Décrivez les mesures éventuellement prises par la maison de retraite après l'incident ou les incidents, et précisez le nom de la personne-ressource principale de l'établissement. (Veuillez fournir tous les renseignements pertinents, notamment les coordonnées de la personne-ressource principale de la maison de retraite.)

AUTRES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS

Veillez fournir tout autre renseignement pertinent, en particulier concernant la confidentialité, la langue ou d'autres aspects.

AVIS

Le Code de l'ORMR sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée s'applique aux renseignements qu'un titulaire de permis ou un membre du personnel d'une maison de retraite fournit à l'ORMR par l'intermédiaire du présent formulaire. Il est disponible sur le site Web de l'ORMR dans la section « Politiques et règlements de l'ORMR » de l'onglet « Gouvernance et réglementation ».

L'utilisation par l'ORMR de tout renseignement personnel ayant trait à la santé recueilli par le biais de ce formulaire se limitera à l'exercice de son mandat aux termes de la *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*, notamment la réponse au rapport établi par le titulaire de permis ou le membre du personnel de la maison de retraite

Nom :

Date : jj/mm/aaaa

Pour créer un courriel avec ce formulaire dûment rempli en pièce jointe, sauvegardez le formulaire puis cliquez sur « Transmettre le formulaire ».