

 CENTRE HOSPITALIER Jean-Marie-Dauzier 19139 CORNIL - Tél. 05 55 93 09 00	FORMULAIRE DE SUGGESTION ET DE RECLAMATION EHPAD ET USLD	Référence : Q-GDR-DE 04A V1 Décembre 2024
---	--	--

1. Objectifs

Cette fiche a pour objectif de recenser les réclamations des résidents, proches ou représentants légaux. Elle permet de pouvoir rechercher les facteurs communs ou anomalies et de mettre en place rapidement des actions correctives. Tout réclamation/plainte fait l'objet d'une analyse.

- La SUGGESTION consiste en toute formulation ou idée visant à proposer une amélioration du service à destination de l'ensemble des résidents.
- La RECLAMATION consiste en toute formulation d'insatisfaction, remarque ou avis émis.

2. Modalités d'utilisation de la fiche

Cette fiche est à remplir par le résident ou ses proches. En cas d'impossibilité, il peut être fait appel à un membre du personnel. Celui-ci s'engage à retranscrire les termes employés. Il doit impérativement noter son nom et prénom.

La fiche est ensuite déposée dans la boîte aux lettres située dans le pavillon FONTAINE ou transmise par courrier ou courriel au secrétariat de direction pour analyse :

- 1- La fiche est enregistrée et un accusé de réception est émis
- 2- La qualification de la fiche est réalisée :
 - a. Suggestion
 - i. La suggestion est enregistrée dans le tableau des suggestions et traitée en tant que telle.
 - ii. La Direction sollicite les professionnels concernés en vue d'une réflexion commune autour de la suggestion émise.
 - b. Réclamation
 - i. La réclamation est enregistrée dans le tableau des plaintes et réclamations et traitée en tant que telle.
(cf. procédure de gestion des plaintes et réclamations)
- 3- Le cas échéant, une rencontre est proposée au déclarant et / ou au résident concerné.
- 4- Les fiches et leurs analyses font l'objet d'une présentation trimestrielle au conseil de la vie sociale.
- 5- Le conseil de la vie sociale est consulté sur le plan d'actions émis à la suite.



PERSONNE DECLARANTE (facultatif)	NOM : PRENOM :
	COORDONNEES :
	 : @ :
	 : ☐ Résident ☐ Proche ☐ Autre :
OBJET	☐ SUGGESTION ☐ RECLAMATION
PRESTATION CONCERNEE	☐ Administration (accueil, information, facturation...) ☐ Chambre (locaux, mobilier, ...) ☐ Propreté, hygiène des locaux ☐ Restauration (repas, textures, régimes, qualité, quantité...) ☐ Lingerie, ☐ Soins et prise en charge ☐ Animation / vie sociale, ☐ Relations avec le personnel ☐ Relations entre résidents ☐ Autre :
LE RESIDENT CONCERNE	NOM : PRENOM : ☐ FONTAINE ☐ A0 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ SOURCE ☐ ROSERAIE ☐ TAMARIS

**DECRIRE LE PLUS PRECISEMENT POSSIBLE AU DOS DE LA FICHE
VOTRE SUGGESTION OU LES FAITS EN CAS DE RECLAMATION
(date, lieu, circonstances, personnes concernées.....)**

Ce formulaire est à déposer dans la boîte aux lettres située dans le hall du pavillon FONTAINE.
Il peut être transmis par courriel à l'adresse direction@chg-cornil.fr ou par courrier : Direction du
Centre Hospitalier de Cornil – 32 Grand'Rue – 19 150 CORNIL

*Une réponse vous sera apportée directement ou via le Conseil de la Vie Sociale en cas de
questionnaire anonyme.*

[illegible]