

Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Aucun remboursement ou réparation ne pourra être autorisé sans une démarche complète. Toute demande fera l'objet d'une analyse. Veuillez joindre les documents demandés à la section « Documents à joindre »
IDENTIFICATION DU DOSSIER

Nom de l'utilisateur :	Tél. de l'utilisateur :	N° de dossier :
Installation :	Unité / Service / chambre :	Date de l'événement :
Nom du gestionnaire :	Tél. gestionnaire :	N° Rapport AH-223 :

Le formulaire « Effets personnels de l'utilisateur » a-t-il été complété à l'admission ?

☐ Non applicable ☐ Oui ☐ Non (expliquez) :

RÉSUMÉ DE LA RÉCLAMATION

Lieu du constat	☐ Chambre	☐ Lors d'un transfert	☐ Autre (précisez) :
Type de réclamation :	☐ Perte	☐ Bris	☐ Autre (précisez) :
☐ Prothèse auditive :	☐ Droite	☐ Gauche	☐ Complète
☐ Prothèse dentaire :	☐ Haut	☐ Bas	☐ Partielle ☐ Complète
☐ Prothèse visuelle :	☐ Lunettes	☐ Autre (précisez) :	
☐ Autre bien (précisez) :			
Valeur à l'achat :	\$ Coût estimé de remplacement ou de réparation :		\$
Durée approximative d'utilisation du bien réclamé :	Année(s)		

CONDITION DE L'USAGER AU MOMENT DE L'ÉVÉNEMENT

Déficit cognitif ☐ Oui ☐ Non Si oui, précisez :

Orientation dans le temps ☐ Oui ☐ Non Mange sans aide ☐ Oui ☐ Non

Orientation dans l'espace ☐ Oui ☐ Non Se déplace seul ☐ Oui ☐ Non

Orientation à la personne ☐ Oui ☐ Non

Médication pouvant affecter ses fonctions cognitives ☐ Oui ☐ Non Si oui, laquelle :

La condition de l'utilisateur le jour de l'événement lui permettait de s'occuper de ses effets personnels :
☐ Oui ☐ Non Pourquoi ?

BRIS OU PERTE À LA SUITE D'UN TRANSFERT

☐ **Oui** (répondre aux questions suivantes) ☐ **Non** (aller directement à la section suivante)

Unité, installation ou chambre de départ :

Unité, installation ou chambre d'arrivée :

1- À l'admission sur l'unité de départ, le formulaire d'inventaire des effets personnels mentionnait-il les effets réclamés ?

☐ Oui ☐ Non Commentaire :

2- Au moment du transfert, sur l'unité de départ, le formulaire d'inventaire des effets personnels a-t-il été complété ou mis à jour ? ☐ Oui ☐ Non, pourquoi ?

Si oui, mentionnait-il les effets réclamés ? ☐ Oui ☐ Non

Commentaire :

3- Sur l'unité d'arrivée, le formulaire d'inventaire des effets personnels a-t-il été complété ? ☐ Oui ☐ Non, pourquoi ?

Si oui, mentionnait-il les effets réclamés ? ☐ Oui ☐ Non

Commentaire :

4- Qui a emballé les effets personnels pour le transfert ?

5- Qui s'est occupé du transfert de ses effets personnels ?

6- Où les effets personnels ont-ils été rangés, pour le transfert ?

7- Les effets réclamés ont-ils été vus ou confirmés par un membre du personnel ? ☐ Oui ☐ Non

8- Qui s'est occupé du transfert de l'utilisateur ?

9- À quel moment de la journée l'utilisateur a-t-il été transféré ?

Commentaire :

BRIS OU PERTE DE PROTHÈSES : DÉTAILS DES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT	
1- Qui était responsable de l'hygiène et de l'entretien des prothèses ?	☐ Usager ☐ Sa famille ☐ Personnel
2- Qui était responsable de mettre et de retirer les prothèses ?	☐ Usager ☐ Sa famille ☐ Personnel
3- Que prévoit le plan de soins concernant les prothèses?	
4- L'utilisateur avait-il un contenant pour ranger ses prothèses ? Si oui, le contenant était-il identifié au nom de l'utilisateur ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
5- L'utilisateur avait-il tendance à faire de l'errance ?	☐ Oui ☐ Non
6- L'utilisateur avait-il l'habitude de retirer ses prothèses et de les déposer ailleurs que dans leur contenant ?	☐ Oui ☐ Non
7- L'utilisateur avait-il l'habitude de déposer ses prothèses sur son lit ou dans sa literie ? Avant de changer la literie, le personnel doit-il vérifier le lit et la literie de l'utilisateur ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
8- À quel moment les prothèses ont-elles été vues pour la dernière fois ?	Par qui?
9- Qui a constaté la perte des prothèses?	
10- Comment a-t-on découvert que les prothèses étaient perdues ?	
11- De quelle façon les prothèses ont-elles été perdues ? (Si on ne connaît pas les circonstances exactes, quelle est l'hypothèse la plus plausible?)	
12- La perte a-t-elle été constatée au retour d'un examen ? Si non, aller à la question 16.	☐ Oui ☐ Non
13- Lors du départ pour l'examen, l'utilisateur portait-il ses prothèses ?	☐ Oui ☐ Non
14- Quelle est la pratique habituelle concernant les prothèses lors de ce type d'examen?	
15- Le personnel de la salle d'examen se souvient-il de l'utilisateur ?	☐ Oui ☐ Non
Si oui, que mentionne le personnel de la salle d'examen au sujet des prothèses?	
16- L'utilisateur est-il décédé depuis la perte des prothèses ?	☐ Oui ☐ Non

BRIS OU PERTE D'EFFETS PERSONNELS AUTRES QUE DES PROTHÈSES: DÉTAILS DES CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT

1- Le formulaire d'inventaire des effets personnels mentionne-t-il les effets réclamés ?	☐ Oui ☐ Non
2- Le personnel présent durant le séjour se souvient-il des effets réclamés ?	☐ Oui ☐ Non
3- Qui a retiré les effets personnels de l'utilisateur ?	
4- Qu'a-t-on fait avec les effets personnels de l'utilisateur une fois qu'ils ont été retirés ?	
5- L'utilisateur a-t-il reçu la visite de ses proches entre son arrivée et la découverte de la perte ?	☐ Oui ☐ Non
6- Les proches ont-ils été informés de la perte des effets personnels ?	☐ Oui ☐ Non
7- Qui a constaté la disparition des effets personnels ?	
8- À quel moment la disparition des effets personnels a-t-elle été constatée ?	
9- Si les effets perdus sont des effets de valeur (ex. : bijoux, cellulaire, tablette, etc), a-t-on informé l'utilisateur ou ses proches que ses effets demeurent sous la responsabilité de l'utilisateur et non de l'établissement ? ☐ Oui ☐ Non	
10- Selon les informations disponibles, quelle est l'explication la plus probable de la perte ?	

RECHERCHES EFFECTUÉES POUR RETROUVER LES EFFETS PERSONNELS ET RÉSULTATS.

--

ANALYSE ET RECOMMANDATION DU CHEF DE SERVICE OU D'UNITÉ

Selon votre analyse, la responsabilité de l'établissement, de l'unité ou du service est-elle engagée ?

☐ Oui ☐ Non Pourquoi ?

Numéro du centre de coût en cas de responsabilité :

Prénom et nom	Unité / service	Date
---------------	-----------------	------

DOCUMENTS À JOINDRE

- Rapport de déclaration d'incident-accident AH-223
- Formulaire de réclamation complété par l'utilisateur ou son représentant
- Formulaires d'inventaire des effets personnels de l'utilisateur
- Facture d'achat du bien réclamé

- Estimation ou facture de remplacement/réparation
- Reçu de paiement
- Pour les réclamations en CHSLD : document confirmant la personne autorisée à agir au nom du résident, exemple : procuration, mandat de protection homologué, curatelle, etc.

Veuillez acheminer les documents à joindre à : gestion.des.risques.cemtl@ssss.gouv.qc.ca