

Formulaire de plainte

Le Collège des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick (CPTNB) examine les plaintes déposées contre des physiothérapeutes du Nouveau-Brunswick. La collecte des renseignements sur ce formulaire et lors du traitement de la plainte est régie par la *Loi sur la physiothérapie* (N.-B.). Ces renseignements servent à traiter votre plainte et resteront strictement confidentiels.

Nous disposons du pouvoir d'enquêter et de prendre des mesures disciplinaires envers nos membres, mais l'indemnisation financière relève des tribunaux civils. Nous n'avons aucun droit d'exiger d'un physiothérapeute qu'il vous accorde un dédommagement financier. Si cette question vous préoccupe, vous devriez consulter un avocat.

REPLIR EN MAJUSCULES UNIQUEMENT

Renseignements sur la personne plaignante

Titre (M., Mme)

Prénom et nom

Adresse postale

Municipalité

Province

Code postal

Téléphone de jour

Adresse de courriel

Renseignements sur la personne représentante

Si vous remplissez ce formulaire au nom du plaignant, entrez vos renseignements, faites signer la personne plaignante et joignez tout document justificatif pertinent (p. ex. preuve de tutelle légale).

Titre (M., Mme)

Prénom et nom

Adresse postale

Municipalité

Province

Code postal

Téléphone de jour

Relation avec la personne plaignante

S'il y a lieu, nom de la ou des pièces justificatives

Signature de la personne plaignante

Objet de la plainte (cochez toutes les réponses valables)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Évaluation/traitement | <input type="checkbox"/> Confidentialité/vie privée | <input type="checkbox"/> Soins aux patients |
| <input type="checkbox"/> Facturation/finances | <input type="checkbox"/> Gestion des soins aux patients | <input type="checkbox"/> Tenue de dossiers/notes |
| <input type="checkbox"/> Propreté/hygiène des locaux | <input type="checkbox"/> Personnel administratif/de soutien | <input type="checkbox"/> Inconduite sexuelle |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Autre _____ | |

Renseignements sur le, la ou les physiothérapeutes

Le CPTNB enverra une copie de votre plainte à la ou aux personnes dont le nom suit.

Nom du ou de la physiothérapeute

N° de téléphone de jour

Adresse

Nom du ou de la physiothérapeute

N° de téléphone de jour

Adresse

Nom du ou de la physiothérapeute

N° de téléphone de jour

Adresse

Renseignements sur d'autres personnes pouvant détenir des renseignements utiles pour la plainte

Le CPTNB enverra une copie de votre plainte à la ou aux personnes dont le nom suit.

Nom

Coordonnées

Renseignements détenus

Nom

Coordonnées

Renseignements détenus

Nom

Coordonnées

Renseignements détenus

La plainte porte sur des soins reçus à l'hôpital, établissement ou clinique ci-dessous

Le CPTNB pourrait demander à ces établissements de fournir le dossier du patient, la liste des traitements et les rapports diagnostiques.

Nom de l'établissement

Date(s) des soins

Adresse

Nom de l'établissement

Date(s) des soins

Adresse

Nom de l'établissement

Date(s) des soins

Adresse

