

Signalement de maltraitance

envers les aînés et toute autre personne majeure en
situation de vulnérabilité

CONFIDENTIEL

La maltraitance est un geste singulier ou répétitif ou un défaut d'action appropriée qui se produit dans une relation où il devrait avoir de la confiance et qui cause, intentionnellement ou non, du tort ou de la détresse chez une personne adulte en situation de vulnérabilité.

Identification de la personne vivant de la maltraitance (remplir le maximum d'informations connues)

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| Nom et prénom : | Date de naissance :(AAAA-MM-JJ) |
| N° de dossier si connu : | Lieux de résidence: |

Signalement obligatoire

Est-ce que la personne vivant de la maltraitance est visée par un des critères de [signalement obligatoire](#)?
(Possible de cocher plus d'un choix)

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Usager majeur hébergé dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée | <input type="checkbox"/> |
| Usager majeur qui réside dans ressource intermédiaire ou dans une ressource de type familial | <input type="checkbox"/> |
| Toute personne majeure qui est sous tutelle ou ayant un mandat de protection homologué | <input type="checkbox"/> |
| Toute personne majeure dont l'inaptitude à prendre soin d'elle-même ou à administrer ses biens a été constatée par une évaluation médicale, mais qui ne bénéficie pas d'une mesure de protection | <input type="checkbox"/> |
| Toute autre personne en situation de vulnérabilité qui réside dans une résidence privée pour aînés | <input type="checkbox"/> |

Si la situation de maltraitance ne répond pas à un des critères de signalement obligatoire, le consentement de la personne est requis.

Signalement non obligatoire – consentement obligatoire

Consentement obtenu : OUI NON

Identification du ou des auteurs de la maltraitance (si connue)

| | |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom et prénom : | |
| Lien avec la personne vivant de la maltraitance : | <input type="checkbox"/> Prestataire de services de santé et de services sociaux <input type="checkbox"/> usager <input type="checkbox"/> proche <input type="checkbox"/> famille <input type="checkbox"/> tiers |
| Informations supplémentaires | |

Identification du type de maltraitance potentielle (possible de cocher plus d'un choix)

- âgisme matérielle/financière organisationnelle physique sexuelle psychologique violation des droits
- négligence violence

Description des événements qui ont conduit au dépôt du signalement

Décrivez, le plus précisément possible, les faits qui vous amènent à considérer qu'une personne vulnérable vit de la maltraitance. Indiquez l'événement, la date, le lieu et l'heure si connus ainsi que les témoins présents, s'il y a lieu.

Description des mesures et démarches entreprises pour faire cesser la maltraitance

Identification de la personne qui effectue le signalement (votre identité demeurera confidentielle)

Nom et prénom : _____

Téléphone(s) où l'on peut vous joindre : _____

Courriel : _____

Si professionnel de la santé – Votre fonction : _____

Veillez retourner ce formulaire à commissaire.plainte.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca
