

Direction Qualité-Gestion des Risques  
et Expérience Patient

## FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT D'UNE RÉCLAMATION D'UN USAGER

(Articles R. 1112-79 à R. 1112-94 du Code de Santé Publique)

Si vous n'êtes pas satisfait de votre séjour et de vos soins, nous vous invitons à vous adresser directement aux responsables du service concerné (médecin, cadre de santé) afin que tout soit mis en œuvre pour répondre au mieux à votre demande.

Si toutefois, vous souhaitez déposer une réclamation écrite, vous pouvez l'adresser à la Direction Médicale de la Qualité par mail ([DMQ@ch-salon.fr](mailto:DMQ@ch-salon.fr)) ou sur papier libre ou via le formulaire ci-après, à Madame le Directeur de l'Hôpital du Pays Salonais 207, Avenue Julien Fabre - 13300 Salon-de-Provence.

Selon la situation, il pourra vous être proposé une rencontre avec un médiateur médecin ou non médecin, membre de la Commission Des Usagers (CDU).

Dans le respect du Code de la Santé Publique, votre réclamation sera présentée à la CDU qui a pour mission de veiller à ce que vos droits soient respectés. Elle est amenée dans certains cas à émettre des recommandations visant à adopter des mesures pour améliorer les soins et le séjour des patients dans l'établissement.

La liste des membres de la CDU est affichée dans les lieux d'accueil, les services et est consultable sur le site internet de l'établissement [www.ch-salon.fr](http://www.ch-salon.fr)

### IDENTITÉ DU PATIENT :

NOM : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....

Date de naissance : ..... Téléphone : .....

Adresse mail : .....

Adresse postale : .....

Période(s) d'hospitalisation/consultation : .....

Service(s) d'hospitalisation/consultation : .....

### IDENTITÉ DU RÉCLAMANT S'IL N'EST PAS LE PATIENT :

NOM : ..... Prénom : .....

Téléphone : ..... Adresse mail : .....

Adresse postale : .....

Date : .....

### OBJET DE LA RÉCLAMATION :

