

Formulaire de plainte

Voici comment parler à quelqu'un, si vous le désirez, au sujet de soins fournis par un(e) optométriste, de la conduite d'un(e) optométriste ou des procédures de plainte à l'Ordre :

Tél. 416-479-9295 Courriel: complaints@collegeoptom.on.ca

L'Ordre n'a pas le pouvoir de traiter les litiges d'ordre monétaire, ni d'ordonner à un(e) optométriste d'offrir une compensation financière ou un remboursement. Le processus de plainte à l'Ordre traite les requêtes relatives à la conduite, à la compétence ou à la capacité professionnelle des optométristes inscrits en Ontario.

Pour déposer une plainte officielle contre un(e) optométriste, veuillez remplir le présent formulaire et le retourner à l'Ordre.

Les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire ne seront utilisés que dans le but d'enquêter et de statuer sur votre plainte. L'Ordre ne communiquera pas d'informations en dehors de l'enquête et du processus disciplinaire ou d'appel, s'il y a lieu.

Utilisez Adobe Acrobat Reader pour télécharger et ouvrir facilement le présent formulaire.

Renseignements à fournir :

| Renseignements sur le plaignant ou la plaignante |
|---|
| Renseignements sur le patient ou la patiente (si différents |
| Optométriste faisant l'objet de la plainte |
| Détails de la plainte |
| Formulaire de consentement |

Comment soumettre la plainte :

<u>Envoyez le formulaire de plainte rempli par courriel à complaints@collegeoptom.on.ca</u> ou par la poste à :

Coordonnateur, enquêtes et résolutions Ordre des optométristes de l'Ontario 65 St. Clair Ave E, Suite 900 Toronto, ON M4T 2Y3



Formulaire de plainte – plaignant(e) et patient(e)

| 1. Plaignant(e) | | | | | | |
|---|----------------|--|--|--|--|--|
| Prénom | Nom de famille | | | | | |
| Adresse | | | | | | |
| Ville | | | | | | |
| Province | | | | | | |
| Code postal | | | | | | |
| Téléphone | | | | | | |
| Courriel | | | | | | |
| Si vous n'êtes pas le ou la patient(e), indiquez votre relation avec lui ou elle (parent, conjoint, enfant, membre de la famille, professionnel(le) de la santé, avocat(e), ami(e), ou autre) : | | | | | | |
| | | | | | | |
| 2. Patient(e) (si différent) | | | | | | |
| Prénom | Nom de famille | | | | | |
| Adresse | | | | | | |
| Ville | | | | | | |
| Province | | | | | | |
| Code postal | | | | | | |
| Téléphone | | | | | | |
| Courriel | | | | | | |



Formulaire de plainte Renseignements sur l'optométriste et détails de la plainte

L'optométriste visé(e) par la plainte en sera avisé(e) dans les 14 jours. Une copie de la plainte lui sera transmise et il ou elle lui sera demandé d'y répondre.

| | 3. Optométriste visé(e) par la plainte |
|-----------------------|--|
| Nom de l'optométriste | |
| Adresse de son bureau | |
| Ville | |
| Province | |
| Code postal | |
| Téléphone | |

4. Détails de la plainte

Veuillez donner une brève description de vos préoccupations en indiquant les renseignements suivants :

- Date(s) du service reçu
- Raisons pour lesquelles vous êtes préoccupé(e) par les soins que vous avez reçus, le comportement de l'optométriste, etc.
- Décrivez les efforts que vous avez déployés pour tenter de résoudre la situation.
- Joignez les documents pertinents en expliquant la relation de chaque document avec vos préoccupations, puis en cliquant sur le bouton **Joindre document(s)**. Si vous avez plusieurs documents, vous ne pourrez en ajouter qu'un à la fois.
 - o Pour vérifier les documents joints, cliquez sur l'icône de trombone dans le panneau de gauche.

Remarque: Si vous déposez une plainte au sujet des soins que vous avez reçus, ou si le patient ou la patiente est un enfant mineur dont vous êtes le parent ou le tuteur légal, veuillez remplir et signer le Formulaire de consentement à la page suivante et le joindre à votre Formulaire de plainte. Si vous déposez une plainte au nom d'un(e) autre patient(e), assurez-vous que cette personne a bien rempli et signé le formulaire de la page suivante, après l'avoir vérifié attentivement.



Formulaire de consentement à la divulgation de renseignements

| Date (JJ/M | M/AAAA) | Nom du patient ou de la patiente | Signature du patient ou de la patiente |
|---|---|--|--|
| personnels écrit à l'Or comprends | ; je sais que jo dre et que je p que l'Ordre po | e peux retirer ou restreindre mon peux refuser de signer le présent | oriser la divulgation de mes renseignements consentement n'importe quand par un avis Formulaire de consentement. Cependant, je nent du patient ou de la patiente, poursuivre de tels renseignements. |
| l'information | on médicale a | insi que les autres renseignement | z de porter la décision de l'Ordre en appel es recueillis pendant l'enquête devront être ions de la santé (un organisme public). |
| enquête. C | Cependant, il p | | outes les informations recueillies pendant sor nents sur votre état de santé personnel aux |
| | • | | nels de la santé et établissements son plémentaires et signer chaque page. |
| 2 | Adresse | | |
| | Nom | | |
| 1 | Adresse | | |
| | - | s (qui ne sont pas visé(e)s par cet sements où vous avez été traité(e | te plainte), ophtalmologues, professionnels) pour les soins de la vue reçus |
| | - | r plainte contre d'autres opto ntaires et signer chaque page. | métristes, veuillez joindre des pages de |
| Adresse d | e son bureau | | |
| | optométriste | | |
| | | de santé à l'Ordre des optométris par la présente plainte | tes de l'Ontario : |
| naissance | JJ/MM/AAAA) | , consens à ce que les personne | nom) / (votre date de suivantes divulguent des renseignements |
| | <i>(</i> | , . | |
| • | | | uillez bien remplir le formulaire suivant. |
| | • | · · · · · · · · · · · · · · · · · · · | es établissements où vous avez été traité(e |
| | | | eillir des renseignements pertinents sur votre l'optométriste visé(e) par la plainte, d'autres |
| | ro do not | ~ 6+a m a.u.a d a.u.a a a a a a + 6+a = = | aillir das ransaignamarts a sutinauts seess to |