



Fiche de signalement d'une plainte/réclamation

Date :

Heure :

Nom Prénom du déclarant :

Adresse du déclarant :

Service concerné par la plainte :

Motif de la réclamation :

Prise en charge médicale	Accueil (attente, signalisation, etc.)
Prise en charge paramédicale	Restauration, alimentation
Relation avec le personnel	Logistique, hôtellerie Promiscuité,
Information sortie/transfert	bruit, tabagisme Confort, propreté
Accompagnement de fin de vie	des locaux Transports
Maltraitance	Autre
Accès aux soins	

Description :

Merci de bien vouloir déposer ce formulaire dans les boîtes à lettres du service prévues à cet effet ou de l'envoyer à l'adresse suivante :

Direction

*Centre Hospitalier « Marguerite de Lorraine »
9, rue de Longny – BP 33 - 61400 Mortagne Au Perche
ou par courriel : ch.mortagne@ch-mortagne.fr*