

Formulaire de plainte

Si vous souhaitez parler des soins qui vous ont été prodigués par un(e) optométriste, du comportement de l'optométriste ou de la procédure de plainte de l'Ordre, veuillez contacter l'Ordre à :

Tél: 416 962-4071 ou 1 888 825-2554

Fax: 416 962-4073

Courriel: complaints@collegeoptom.on.ca

L'Ordre ne peut pas gérer des problèmes financiers ou obliger l'optométriste à verser tout type de compensation financière ou à pratiquer un remboursement. La procédure de plainte de l'Ordre concerne le comportement professionnel, la compétence ou les capacités de l'optométriste enregistré(e) en Ontario.

Pour démarrer la procédure de plainte formelle contre un(e) optométriste, veuillez compléter ce formulaire et l'envoyer par courrier, courriel ou fax à l'Ordre avec un bref rappel de votre source d'inquiétude sur une feuille séparée.

| | | | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| 1. Plaignant(e) | | | |
| Mlle <input type="checkbox"/> | Mme <input type="checkbox"/> | M. <input type="checkbox"/> | |
| D ^{re} <input type="checkbox"/> | D ^r <input type="checkbox"/> | Prénom | Autres prénoms Nom de famille |
| Adresse : | | | |
| Ville : | | | |
| Province : | | | |
| Code postal : | | | |
| Tél : | Domicile : | Travail/Cell: | |
| Courriel : | | | |
| Veuillez noter que : | Si vous fournissez un courriel, l'Ordre vous fera parvenir les communications sur le suivi de votre plainte par courrier électronique. Merci de vérifier ici si vous préférez communiquer par courrier postal : | | |
| | <i>Si vous n'êtes pas la ou le patient(e), merci de décrire votre relation avec la ou le patient(e) (parent, épouse/époux, enfant, membre de la famille, professionnel de la santé, avocat(e), ami(e), etc...) :</i> | | |

| 2. Coordonnées de la patiente/du patient (si différentes de ci-dessus) | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|----------------|
| Mlle <input type="checkbox"/> | Mme <input type="checkbox"/> | M. <input type="checkbox"/> | |
| D ^{re} <input type="checkbox"/> | D ^r <input type="checkbox"/> | Prénom | Autres prénoms |
| Adresse : | | Nom de famille | |
| Ville : | | | |
| Province : | | | |
| Code postal : | | | |
| Tél : | Domicile : | Travail/Cell : | |
| Courriel : | | | |

Formulaire de plainte

L'optométriste contre qui vous portez plainte sera avisé(e) de votre plainte dans les 14 jours. Une copie de votre plainte lui sera fournie et nous lui demanderons d'y répondre.

| 3. Optométriste objet de la plainte | |
|-------------------------------------|--|
| Nom de l'optométriste : | |
| Adresse du cabinet : | |
| Ville : | |
| Province : | |
| Code postal : | |
| Tél : | |

| 4. Détails de la plainte |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Sur une feuille séparée, veuillez récapituler brièvement le sujet de votre plainte, y compris :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Date(s) de(s) prestation(s) • Raison(s) qui causent votre inquiétude quant aux soins reçus par vous, comportement de l'optométriste, etc. • Explication détaillée des efforts que vous avez fournis pour résoudre le problème • Tout document pouvant étayer vos inquiétudes <p>Veillez noter que: <i>Si vous soumettez une plainte concernant des soins reçus par vous ou par un enfant mineur dont vous êtes la parente/le parent ou la gardienne/le gardien, veuillez compléter et signer le formulaire de consentement ci-après et le joindre à votre formulaire de plainte. Si vous soumettez une plainte au nom d'un(e) autre patient(e), veuillez-vous assurer que la/le patient(e) a complété et signé le formulaire ci-après et l'a relu avec soin.</i></p> |

Veillez envoyer cette plainte par courriel, fax ou courrier à :

Courriel : complaints@collegeoptom.on.ca

Fax: 416 962-4073

Courrier : Coordinator, Investigations and Resolutions

College of Optometrists of Ontario

65 St Clair Ave E, Suite 900

Toronto ON M4T 2Y3

Pour obtenir une version anglaise de ce formulaire, veuillez envoyer un courriel à:

complaints@collegeoptom.on.ca

Formulaire de plainte

5. Consentement à la divulgation d'information de santé personnelle

Dans le cadre de notre enquête, il est possible que nous ayons besoin de renseignements médicaux pertinents vous concernant, y compris du dossier médical conservé par l'optométriste contre qui vous portez plainte, par les professionnels de santé qui vous ont soigné ou les entités de qui vous avez reçu des soins relatifs à ceux prodigués par l'optométriste. À ces fins, nous vous demandons de compléter le formulaire suivant :

Je, _____, Date de naissance _____

Consens à la divulgation de mes renseignements médicaux personnels à l'Ordre des optométristes de l'Ontario par les personnes/entités suivantes :

A. Le ou les optométriste(s) contre qui vous portez plainte :

| | |
|-------------------------|--|
| Nom de l'optométriste : | |
| Adresse: | |

Si la plainte concerne d'autres optométristes, veuillez joindre autant de pages que nécessaire à ce formulaire de consentement et veuillez signer chaque page.

B. Autre(s) optométriste(s) (qui ne font pas l'objet de cette plainte) / ophtalmologiste(s) / professionnels de la santé / entités qui m'ont prodigué des soins liés aux soins reçus de l'optométriste objet de la plainte :

| | |
|-----------|--|
| 1. Nom : | |
| Adresse : | |
| 2. Nom : | |
| Adresse : | |

Si d'autres optométristes, professionnels de santé ou entités sont concerné(e)s, veuillez joindre autant de pages supplémentaires que nécessaires à ce formulaire de consentement et veuillez signer chaque page.

L'Ordre a un devoir de confidentialité concernant tous les renseignements obtenus dans le cadre de ses enquêtes. Cependant, l'Ordre pourra partager certains ou tous les renseignements de votre dossier médical avec le ou les optométriste(s) qui font l'objet de la plainte.

Si vous ou le ou les optométriste(s) font appel de la décision de l'Ordre, les renseignements médicaux et tout autre renseignement collecté pendant l'enquête devront être communiqués à la Commission d'appel et de révision des professions de la santé, qui est un forum public.

Je comprends la finalité de ce consentement. Je comprends que je peux retirer ou limiter mon consentement à tout moment en fournissant un avis écrit à l'Ordre. Je comprends que je peux refuser de signer ce formulaire de consentement. Cependant, je comprends que l'Ordre pourra continuer la



procédure sans le consentement de la patiente ou du patient et statuer sans avoir pu bénéficier de tous les renseignements nécessaires.

Date

Nom de la patiente/du patient Signature de la patiente/du patient