

## Formulaire de plainte

Si vous souhaitez communiquer avec nous suite à des soins que vous avez reçus, à la conduite d'un(e) optométriste, ou à propos du processus de plainte du Collège, veuillez nous contacter à:

Tel: 416-962-4071

Courriel: [complaints@collegeoptom.on.ca](mailto:complaints@collegeoptom.on.ca)

Le Collège n'a pas le pouvoir de régler tout litige d'ordre monétaire, ni d'ordonner à un optométriste d'effectuer une compensation monétaire ou remboursement. Le processus de plainte du Collège traite les requêtes visant la conduite professionnelle ou la compétence des optométristes enregistrés en Ontario.

Pour déposer une plainte officielle, veuillez remplir ce formulaire et le retourner au Collège.

*Les informations que vous fournissez sur ce formulaire ne seront utilisées que dans le but d'enquêter et de statuer sur votre plainte. Le Collège ne partagera pas les informations en dehors de l'enquête et du processus disciplinaire ou d'appel, le cas échéant.*

### Liste des items à fournir:

- Informations sur le plaignant
- Informations sur le patient (si différentes de ci-dessus)
- Optométriste visé par la plainte
- Détails de la plainte
- Formulaire de consentement

### Comment soumettre:

Après avoir complété le formulaire, veuillez appuyer sur "SOUMETTRE" au bas de la page 4, ou envoyez le formulaire complet à l'adresse courrier suivante:

Courrier: Coordinator, Investigations and Resolutions  
College of Optometrists of Ontario  
65 St. Clair Ave E, Suite 900  
Toronto, ON M4T 2Y3

## Formulaire de plainte – Information sur le plaignant

1. Information sur le plaignant			
Prénom		Nom de famille	
Adresse			
Ville			
Province			
Code postal			
Numéro de téléphone			
Courriel			
<p><i>Si vous n'êtes pas le/la patient(e), décrivez votre relation avec le/la patient(e) (parent, conjoint, enfant, famille, professionnel de santé, avocat(e), ami(e), ou autre) :</i></p>			

2. Information sur le patient (si différentes de ci-dessus)			
Prénom		Nom de famille	
Adresse			
Ville			
Province			
Code postal			
Numéro de téléphone			
Courriel			

## Formulaire de plainte – Information sur l'optométriste & Détails de la plainte

L'optométriste visé par la plainte en sera avisé dans les 14 jours. Une copie de la plainte lui sera fournie et il/elle lui sera demandé d'y répondre.

3. Optométriste visé par la plainte	
Nom de l'optométriste	
Adresse de la pratique	
Ville	
Province	
Code postal	
Numéro de téléphone	

4. Détails de la plainte
<p>Veillez fournir une brève description de vos préoccupations en incluant les informations suivantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Date(s) du service retenu</li> <li>• Les raisons pour lesquelles vous êtes préoccupé par les soins que vous avez reçus</li> <li>• Veuillez détailler les étapes que vous auriez entreprise pour tenter de résoudre la situation</li> <li>• Joindre tout document(s) pertinent appuyant votre requête – veuillez utiliser le bouton 'Joindre Document(s)' (vous ne pouvez ajouter qu'un seul document à la fois)</li> </ul> <p><i>Si vous soumettez une plainte en lien au(x) soin(s) que vous avez reçus, or si le patient(e) est un(e) mineur(e) dont vous êtes le parent ou tuteur légal, veuillez compléter et signer le formulaire de consentement à la page suivante et le joindre au formulaire de plainte. Si vous soumettez une plainte au nom d'une tierce personne, veuillez vous assurer que le formulaire de consentement soit dûment complété par le patient(e).</i></p>

## Formulaire de consentement – Accès à l’information

Afin de traiter votre requête, il est possible que nous devons obtenir de l’information personnelle sur votre état de santé, incluant votre dossier médical, de la part de l’optométriste visé par la plainte ou d’autres intervenants travaillant au centre où vous avez été. A cet effet nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire suivant.

Je, \_\_\_\_\_ (votre nom) / \_\_\_\_\_ (votre date de naissance – DD/MM/YYYY), consens à ce que les personnes suivantes partagent de l’information personnelle relative à mon état de santé au Collège des Optométristes de l’Ontario:

### A. L’optométriste visé par la présente plainte

Nom de l’optométriste	
Adresse de la pratique	

**\*Si vous souhaitez porter plainte contre un ou plusieurs autre(s) optométriste(s), veuillez au besoin ajouter ceux-ci sur une page de formulaire additionnelle et signer chacune d’entre elle.**

### B. Autre(s) optométriste(s) (qui ne sont pas visé par cette plainte), ophthalmologiste(s), professionnel(s) ou centre de santé où vous avez été traité en lien avec les soins optométriques reçus

1	Nom	
	Adresse	
2	Nom	
	Adresse	

**\*Si vous souhaitez ajouter d’autre(s) optométriste(s), ophthalmologiste(s), professionnel(s) ou centre de santé où vous avez été traité en lien avec les soins optométriques reçus, veuillez au besoin ajouter ceux-ci sur une page de formulaire additionnelle et signer chacune d’entre elle.**

Le Collège est tenu à la confidentialité en lien avec toute information obtenue lors de l’enquête. Néanmoins le Collège se réserve le droit de partager ces informations avec l’optométriste visé par cette plainte.

Dans l’éventualité où soit l’optométriste visé par la plainte ou vous-même déciderait d’en appeler de la décision du Collège, toute information (médicale ou autre) obtenue au cours de l’enquête se devra d’être divulgué au Health Professionals Review and Appeal Board.

Je comprends les raisons pour lesquelles je consens à l’accès à ces informations personnelles, que je peux révoquer ou restreindre ce consentement à tout moment par un avis écrit au Collège, et que je peux refuser l’accès à mes informations personnelles. Je comprends que le Collège pourrait tout de même procéder, malgré le refus du patient d’accorder l’accès à ces informations, et en venir à une décision sans avoir le bénéfice d’évaluer celles-ci.

\_\_\_\_\_  
Date (DD/MM/YYYY)

\_\_\_\_\_  
Nom du patient

\_\_\_\_\_  
Signature du patient