

Annexe B

**FORMULAIRE DE RÉCLAMATION**

**Entente de règlement des litiges relatifs à tous les usagers en santé mentale du Centre Hospitalier Régional du Suroît de Valleyfield qui ont fait l'objet de mesures d'isolement ou de contention du 11 juin 2005 au 11 juin 2008**

Veillez remplir tous les champs applicables de ce formulaire. Vous pouvez ajouter des pages supplémentaires si vous manquez d'espace. Veillez joindre une photocopie des documents requis. Veillez écrire à l'encre en caractères d'imprimerie.

<b>Section A – Identification du membre du groupe</b>		
<b>Identification du membre du groupe ayant été usager en santé mentale du Centre Hospitalier Régional du Suroît de Valleyfield qui a fait l'objet de mesures d'isolement ou de contention du 11 juin 2005 au 11 juin 2008</b>		
Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>		
Nom	Prénom	Nom de jeune fille ( <i>s'il y a lieu</i> )
Adresse actuelle	Ville	Code postal
Province	No d'assurance sociale	No de téléphone
Date de naissance	Date de décès ( <i>s'il y a lieu</i> )	No d'assurance-maladie
<b>Identification de la personne qui représente le membre du groupe ou l'héritier</b>		
Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>		
Nom	Prénom	Nom de jeune fille ( <i>s'il y a lieu</i> )
Adresse actuelle	Ville	Code postal
Province	No d'assurance sociale	No de téléphone
Date de naissance	Date de décès ( <i>s'il y a lieu</i> )	No d'assurance-maladie
Si vous changez d'adresse, veuillez en informer par écrit Me Kim-Luan Ferré Deslongchamps à l'adresse figurant à la fin du formulaire		

**Section B – Documents de preuve à fournir par le membre du groupe  
qui présente la réclamation**

**À quel titre agissez-vous ?** *(Vous ne devez cocher qu'une seule case et fournir en photocopie, joints à votre réclamation, tous les documents appropriés tels qu'ils sont demandés)*

**Membre du groupe en son nom personnel**  :

- 1) Fournir une preuve d'identité reconnue, telle que photocopie de carte d'assurance maladie, permis de conduire ou passeport;
- 2) Fournir un formulaire d'autorisation permettant aux Procureurs de la demande d'obtenir copie de votre dossier médical tenu par le Centre hospitalier régional du Suroît et ce, pour la période du 11 juin 2005 au 11 juin 2008.

**Membre du groupe par le biais d'un curateur, tuteur ou mandataire**  :

- 1) Fournir une preuve d'identité reconnue du curateur, tuteur ou mandataire, elle que photocopie de la carte d'assurance-maladie, permis de conduire ou passeport;
- 2) Fournir une preuve suffisante afin de démontrer que le curateur, tuteur ou mandataire a l'autorité juridique pour agir au nom du réclamant et démontrer qu'il a la gestion des biens du membre du groupe réclamant, tel le jugement le nommant curateur, tuteur ou mandataire;
- 3) Fournir une preuve d'identité reconnue de la personne représentée, telle que photocopie de la carte d'assurance-maladie, permis de conduire ou passeport.
- 4) Fournir un formulaire d'autorisation permettant aux Procureurs de la demande d'obtenir copie du dossier médical du Membre tenu par le Centre hospitalier régional du Suroît et ce, pour la période du 11 juin 2005 au 11 juin 2008.

**Membre du groupe par le biais des héritiers** □ :

- 1) Fournir un certificat de décès du membre du groupe;
- 2) Fournir le testament, s'il y a lieu;
- 3) En l'absence de testament, fournir l'acte de désignation d'un liquidateur joint au présent formulaire ou une déclaration d'hérédité notariée;
- 4) Fournir les résultats de la recherche testamentaire au Barreau du Québec et à la Chambre des notaires;
- 5) Fournir une preuve d'identité reconnue de l'héritier, telle que photocopie de la carte d'assurance-maladie, permis de conduire ou passeport;
- 5) Fournir le certificat de mariage, si la réclamation est faite par l'époux(se) survivant(e) d'un patient décédé;
- 6) Fournir le certificat de naissance ou d'adoption du membre du groupe décédé.
- 7) Fournir un formulaire d'autorisation permettant aux Procureurs de la demande d'obtenir copie du dossier médical du Membre tenu par le Centre hospitalier régional du Suroît et ce, pour la période du 11 juin 2005 au 11 juin 2008.

**TOUS LES FORMULAIRES ET DOCUMENTS REQUIS DOIVENT ÊTRE REMIS EN MAINS PROPRES OU ENVOYÉS PAR LA POSTE DANS LES CENT QUATRE-VINGT JOURS SUIVANT LA PUBLICATION DU PRÉSENT AVIS, SOIT D'ICI LE 3 DÉCEMBRE 2015 À L'ATTENTION DE ME KIM-LUAN FERRÉ DESLONGCHAMPS À L'ADRESSE SUIVANTE :**

**Ménard, Martin, Avocats  
4950, rue Hochelaga  
Montréal (Québec) H1V 1E8  
Téléphone : (514) 253-8044, poste 242  
Télécopieur : (514) 253-9404  
ferre-deslongchamps@menardmartinavocats.com**

**En aucun cas les réclamations soumises  
après le 3 décembre 2015 ne seront acceptées.**

*Nous vous conseillons fortement d'envoyer la présente réclamation accompagnée des documents requis **par courrier recommandé** afin d'assurer son suivi sécuritaire et sa confidentialité.*

TOUS LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CE FORMULAIRE DEMEURENT CONFIDENTIELS (SOUS RÉSERVE DE LA TRANSACTION) AUX LITIGES RELATIFS AU USAGERS EN SANTÉ MENTALE DU CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU SUROÎT DE VALLEYFIED QUI ONT FAIT L'OBJET DE MESURES D'ISOLEMENT OU DE CONTENTION DU 11 JUIN 2005 AU 11 JUIN 2008.

## FORMULAIRE D'AUTORISATION

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, mandate par les présentes l'étude **MÉNARD, MARTIN, Avocats**, pour agir à toutes fins que de droit en mon nom, pour consulter mon dossier médical tenu par le **CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DU SUROÏT entre le 11 juin 2005 et le 11 juin 2008 inclusivement**, et en obtenir une copie complète selon les dispositions de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), la Loi médicale (L.R.Q., c. M-9), ou toute autre loi pertinente, à compter du 29 décembre 2014.

**EN FOI DE QUOI, J'AI SIGNÉ  
A MONTRÉAL,**

\_\_\_\_\_  
NOM

---

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE SIGNATAIRE:

**Nom :**

**Date de naissance :**

**Nom du père :**

**Nom de la mère :**

**No. d'ass. maladie:**

Notre ☞ : 31439

\_\_\_\_\_  
**MÉNARD, MARTIN, Avocats**