**Signalement d’une plainte ou d’un incident critique**

Ce formulaire vous permet de signaler un dysfonctionnement ou un incident survenu dans le cadre des activités de la Ligue pulmonaire vaudoise. Un responsable prendra contact avec vous dans les plus brefs délais afin d’évaluer la situation et répondre à vos besoins.

Une fois complété, ce formulaire est à retourner par courrier à

**Ligue pulmonaire vaudoise, Responsable Service Qualité, Av. de Provence 4, 1007 Lausanne**

**PROTECTION DES DONNÉES**

Dans le cadre défini ci-dessus, la Ligue Pulmonaire Vaudoise, Avenue de Provence 4, 1007 Lausanne (LPV) est le responsable de traitement et traite les données personnelles indiquées dans ce formulaire dans le but de gérer les plaintes et incidents critiques auxquels elle peut faire face et d’améliorer la qualité de ses services. Le fait de mentionner que vous êtes patient de la LPV, de même que certains éléments contenus dans la description des faits et de vos besoins, constituent des données personnelles sensibles au sens de la Loi fédérale sur la protection des données. La gestion d’une plainte ou d’un incident critique peut nécessiter la communication de vos données à divers services internes à la LPV ainsi que, le cas échéant, à des autorités de contrôle (Bureau cantonal de médiation santé et social, Commission vaudoise d’examen des plaintes, Direction générale de la santé, Office du médecin cantonal). Pour exercer vos droits en matière de protection des données, merci d’envoyer un email à privacy@lpvd.ch.

Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données personnelles par la LPV dans le cadre mentionné ci-dessus.

**Signalant :** **Patient :**

Nom :       Nom :

Prénom :       Prénom :

Signature :       Signature :

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. Date :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom et qualité du signalant (patient, proche, partenaire réseau, collaborateur LPV) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.      | Nom et prénom du patient concerné :        |
| Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Date de l’incident :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Motif du signalement :[ ]  relationnel (communication déficiente, attitude qui porte atteinte,..)[ ]  clinique (qualité des soins déficiente, complications,..)[ ]  technique (problème d’appareil, impact sur environnement,..)[ ]  organisationnel (délai d’attente long, problème d’accès aux soins,..)[ ]  autre  |
| Description des faits (merci de ne mentionner des personnes que si cela est strictement nécessaire à la description des faits) :       |
| Vos besoins (merci de ne mentionner des personnes que si cela est strictement nécessaire à la description de vos besoins) :       |
| *(à remplir par service Qualité LPV)*Date de réception du signalement : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. |
| Contact avec le signalant (date et moyen) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.      |
| Solutions et mesures d’amélioration proposées :       |
| Signature du signalant :       | Signature LPV (responsable enregistrement plainte) :      |