



## Conformité à la Loi sur l'accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario - Commentaires sur l'accessibilité

Rétroaction donnée à : \_\_\_\_\_

Date des commentaires : \_\_\_\_\_

Nom du patient (facultatif) : \_\_\_\_\_

Problème soulevé :

---

---

---

1. Le patient / la famille / le plaignant a obtenu une réponse de l'Hôpital.

Oui  Non

---

2. Transmettre le cas à la personne ou au service concerné de l'Hôpital.

Qualité et Expérience du patient \_\_\_\_\_

Gestion du risque \_\_\_\_\_

Représentation des patients \_\_\_\_\_

Communications \_\_\_\_\_

Gestion des installations \_\_\_\_\_

Personnel, gestionnaire ou directeur clinique \_\_\_\_\_

Service de l'information \_\_\_\_\_

Bénévoles \_\_\_\_\_

Haute direction \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

3. Résumé des mesures de correction prises

---

---