



Centre Hospitalier d'Auch

EN GASCOGNE

Soigner & prendre Soins

Commission des Relations avec les Usagers  
et de la Qualité de la Prise en Charge

Tél. 05 62 61 32.84

Mél. l.reig@ch-auch.fr

## FORMULAIRE TYPE DE RECUEIL DE L'EXPRESSION DES USAGERS

CRU F1

Recueil de l'expression des usagers

Etat civil de l'hospitalisé ou du consultant : (cocher)  Mme  Mlle  M.

Son nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'époux ou d'épouse) : .....

Ses prénoms : .....

Sa date de naissance : |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Son lieu de naissance : .....

Son adresse : .....

Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : .....

Son téléphone : |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_|

Hospitalisation du ..... au ..... Service.....

Passage aux urgences du ...../...../2014

Consultation du ...../...../2014 ..... Nom du Médecin .....

Etat civil du déclarant : (cocher)  Mme  Mlle  M.

Si le déclarant n'est pas l'hospitalisé ou le consultant

Lien social ou familial avec l'hospitalisé ou le consultant : .....

Nom de naissance (suivi s'il y a lieu du nom d'époux ou d'épouse) : .....

Prénoms : .....

Adresse : .....

Code postal : |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| Commune : .....

Téléphone : |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| portable : |\_\_||\_\_|

|\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_| |\_\_||\_\_|

Email : .....@.....

**Formulaire à compléter par le déclarant et à renvoyer sous pli cacheté à la :**  
**CRU-QPC du Centre Hospitalier d'AUCH en Gascogne**  
**Allée Marie Clarac – B.P. 80382 32008 AUCH Cedex**

**Partie réservée à la déclaration des dommages et préjudices subis ?**

*(Résumer ici les dommages et les préjudices pour l'hospitalisé ou le consultant ainsi que les préjudices personnels et/ou économiques subis par ses proches.)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Partie réservée à vos observations, vos remarques et/ou vos éloges sur la qualité de la prise en charge de votre séjour ou de votre consultation ?**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Suggestions de points d'amélioration du déclarant :**

.....

.....

.....

.....

.....

DATE : |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_|

SIGNATURE :

Format 2011

**Formulaire à compléter par le déclarant et à renvoyer sous pli cacheté à la :**  
**CRU-QPC du Centre Hospitalier d'AUCH en Gascogne**  
**Allée Marie Clarac – B.P. 80382 32008 AUCH Cedex**