

## **Patients partenaire Formulaire de candidature**

Veillez remplir le présent formulaire. Ce document est disponible en gros caractères et peut aussi être expliqué en personne, sur demande. Tous les renseignements demeureront confidentiels.

**Nom :**

**Adresse (y compris le code postal) :**

**Numéros de téléphone (jour/soir) :**

**Adresse de courriel :**

- 1. Avez-vous déjà été un patient ou accompagné un proche ou un membre de votre famille dans l'un des établissements du CIUSSS Centre-Ouest Montréal au cours des cinq dernières années\*?**

Oui

Non

- 2. Établissez la liste des secteurs du CIUSSS Centre-Ouest Montréal que vous avez fréquentés pour recevoir des soins ou accompagner un proche au cours des cinq dernières années (ex. : service d'urgence, Centre du cancer Segal, Centre de médecine familiale Herzl, unité de soins chirurgicaux, réadaptation physique, soutien à domicile, hébergement longue durée, psychiatrie externe, etc.).**

- 3. Décrivez brièvement vos expériences.**
  
- 4. Pourriez-vous nous parler d'une ou deux choses qui, selon vous, ont bien fonctionné lors de vos expériences comme bénéficiaire de services ou comme proche d'un patient/résident/usagers?**
  
- 5. Pourriez-vous nous parler d'une ou deux choses qui, selon vous, pourraient être améliorées selon le point de vue d'un patient/usager/résident ou d'un proche?**
  - a. En lien avec votre réponse à la question 5, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer cette situation?**
  
- 6. Pour quelles raisons désirez-vous devenir patient partenaire?**
  
- 7. Quelles sont les contributions que vous pouvez apporter au rôle de patient partenaire?**
  
- 8. Si votre candidature est retenue, vous engagez-vous à assumer ce rôle pendant au moins un an?**
  - Oui
  - Non
  - a. Prévoyez-vous vous absenter de Montréal de façon prolongée au cours de l'année à venir (ex. : séjour dans le sud en hiver)? Si c'est le cas, veuillez indiquer la période prévue de votre absence. (Remarque : cela ne signifie pas que votre candidature sera écartée automatiquement.)**

**9. Veuillez indiquer la ou les périodes qui correspondent le mieux à vos disponibilités pour participer à des activités ou à des réunions :**

**Matin**

**Après-midi**

**Soirée**

**10. Y a-t-il des activités particulières pour lesquelles vous avez une préférence (ex. : comité de la qualité, conseil consultatif des patients et des familles, allocutions publiques, projets spéciaux, orientation du personnel, comité de sélection, etc.)?**

**11. Nous nous engageons à favoriser l'accessibilité. Aimeriez-vous nous informer de tout besoin particulier que vous pourriez avoir?**

**12. Avez-vous des précisions ou des commentaires à ajouter?**

**Veuillez signer et dater le présent formulaire de candidature et le faire parvenir à :**

Milena Marn

Programme de la qualité

Hôpital Général Juif - Jewish General Hospital

3755 Côte Ste. Catherine, A-924

Montréal, Québec, H3T 1E2

514-340-8222 x 3928

mmarn@jgh.mcgill.ca

**Habituellement, nous communiquons avec les personnes retenues pour une entrevue dans les 30 jours suivant le dépôt de leur candidature.**

Je, soussigné(e), comprends que le fait de poser ma candidature ou de participer à une entrevue de sélection ne garantit pas l'obtention d'un poste de conseiller pour les patients et les familles.

**Signature:**

**Date:**

Adapté de:  
Institute for Patient & Family-Centered Care  
Hôpital Hôtel-Dieu, Kingston (Ont.)

\*Les établissements sous la responsabilité du CIUSSS sont les suivants : Centre gériatrique Donald Berman Maimonides, Centre d'hébergement Father-Dowd, Centre d'hébergement Henri-Bradet, Centre d'hébergement Saint-Andrew, Centre d'hébergement Saint-Margaret, Centre Miriam, Centres de réadaptation Constance-Lethbridge, Centre de réadaptation MAB-Mackay, CHSLD juif de Montréal, CLSC de Benny Farm, CLSC de Côte-des-Neiges, CLSC Métro, CLSC de Parc-Extension, CLSC René-Cassin, Hôpital Catherine Booth, Hôpital général juif, Hôpital Mont-Sinaï, Hôpital Richardson, Service régional Info-Santé/Info-Social de Montréal