



Formulaire de candidature – Conseil consultatif des patients et des familles

Nom _____

Adresse _____ Ville _____

Code postal _____ Province _____

Téléphone _____ Courriel _____

Au cours des deux dernières années, est-ce qu'un membre de votre famille, un proche ou vous-même avez utilisé les services de l'Hôpital général de Hawkesbury et district?

Oui

Non

Quels services avez-vous ou ont-ils reçu à l'HGH?

Salle d'urgence

Visite clinique

Chirurgie

Accouchement

Séjour à l'hôpital

Réadaptation

Imagerie diagnostique

Autre (SVP spécifier) : _____

Pourquoi souhaitez-vous devenir patient-partenaire de l'HGH?

Que pensez-vous pouvoir contribuer comme patient-partenaire?

Veillez acheminer le formulaire de candidature, vos questions ou demandes à :

Service de la qualité et gestion des risques

Hôpital général de Hawkesbury et district

1111, rue Ghislain

Hawkesbury, Ontario K6A 3E5

patientrelations@hgh.ca

613-632-1111, poste 62050