FORMULAIRE DEMANDE D'USAGER PARTENAIRE

Nom du demandeur : **Fonction :**

Supérieur immédiat :
Installation :

Programme/service :

Date de la demande : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Numéro de téléphone : **Numéro de cellulaire :**

Poste téléphonique : **Adresse courriel :**

☐ **Responsable du projet/comité :**

☐ **Type de projet?**

☐ Ponctuel ☐ Long terme ☐ Court terme

☐ Consultation : ☐ Création d'outils :

☐ Révision de processus : ☐ Autre :

☐ **Type de comité?**

☐ Comité permanant ☐ Comité temporaire ☐ Comité consultatif

☐ Projet : ☐ Autres :

☐ **Titre du projet/comité :**

Date de début visée : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Date de fin prévue :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ **Contribution estimée en heures :** **Fréquence :** **Durée :**

☐ **Objectif du projet/comité :**

☐ **Clientèle ciblée :**

☐ **Ressources humaines et profil recherché**

A vécu une expérience de soins ou de service directement liées à l'objectif du comité/projet :

☐ A vécu une expérience autre, mais peut transposer son expérience à d'autres contextes de soins :

Nombre d'usager partenaire requis :

Tranche d'âge:

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Les deux (en équipe)

☐ **Date de la 1re rencontre :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

☐ **Avez-vous déjà travaillé avec des usagers partenaires?**

Si oui, comment a été l'expérience :

Si non, permettez-moi de vous entretenir de quelques enjeux :

Nom de la personne qui a fait l'entretien :

Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.