



## Médiation hospitalière

Complétez le formulaire repris dans ce folder et faites-le parvenir au CHRSM par courrier ou par mail :

### Pour le site Sambre

#### CHRSM – Comité Patients Partenaires

Rue Chère-Voie, 75 - 5060 Auvelais

Par mail : [mediation.sambre@chrsm.be](mailto:mediation.sambre@chrsm.be)

### Pour le site Meuse

#### CHRSM – Comité Patients Partenaires

Avenue Albert 1er, 185 - 5000 Namur

Par mail : [mediation.meuse@chrsm.be](mailto:mediation.meuse@chrsm.be)



#### CHRSM - site Meuse

Avenue Albert 1<sup>er</sup>, 185  
5000 Namur  
Tél : +32 (0)81 72 61 11

[www.chrsm.be](http://www.chrsm.be)

[www.chrn.be](http://www.chrn.be)

Suivez l'actualité du CHRSM  
sur les réseaux sociaux



## Plus de renseignements ?

081/72.70.38

Lise-Marie Kekenbosch

Coordinatrice du projet



# Rejoignez-nous dans le Comité Patients Partenaires !

Brochure de présentation



- Vous êtes un(e) patient(e) du CHRSM ou un aidant proche ?
- Vous souhaitez partager vos expériences et faire part de vos idées ?
- Vous êtes motivé(e) à participer à des projets d'amélioration ?



## Qui sommes-nous ?

Le Comité Patients Partenaires est un lieu d'échanges et de suggestions où les membres sont amenés à participer au développement de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins grâce à leur expérience en tant que patient ou proche de patient.

Les sujets abordés sont liés à l'expérience de soins du patient ambulatoire ou hospitalisé. Ils peuvent être suggérés par les patients, les soignants ou les Directions.

En compagnie d'autres patients partenaires, de soignants et de membres de la Direction, nous nous réunirons 5 à 6 fois par an (sur la pause du temps de midi autour d'un lunch).

Vous êtes intéressé(e) par la démarche ? Vous êtes majeur(e) ? Vous bénéficiez ou avez bénéficié de soins réguliers au CHRSM au cours de ces 3 dernières années ? Vous êtes un proche de patient remplissant ce dernier critère ?

N'hésitez pas à nous contacter si vous souhaitez plus d'informations sur le projet ou à compléter le formulaire et à le remettre à votre soignant référent ou à l'accueil.

## Formulaire de candidature

Je soussigné(e) (prénom et nom)

.....

M / F / X

Domicilié(e) à

.....

Tél :

.....

Mail :

.....

Né(e) le

.....

Je suis intéressé(e) par les activités du Comité Patients Partenaires et souhaite être recontacté(e) pour plus d'informations.

Date : ..... Signature : .....

Formulaire complété à transmettre au service de médiation.

