



Santé Québec Est-de-l'Île-de-Montréal – Universitaire

Hôpital Santa Cabrini



HSC242

N° Dossier :	Date de naissance :	Sexe :
Nom, Prénom :		
Nom de la mère :		
Adresse :		
Téléphone :		
NAM :	Expiration :	

FORMULAIRE D'INVENTAIRE DES EFFETS PERSONNELS DE L'USAGER LORS DE L'HOSPITALISATION

INFORMATIONS SUR L'USAGER

Installation :	Date :
Unité de soins :	Heure :
État de l'usager : ☐ Conscient ☐ Inconscient ☐ Non collaborant	
Accompagné par :	Lien :

Mise en garde : Les effets personnels de l'usager demeurent sous son entière responsabilité et non sous la responsabilité de l'établissement en cas de perte, bris ou de disparition.

_____ Initiales de l'usager ou de son représentant

NB : Il est fortement recommandé de garder uniquement les effets personnels essentiels avec l'usager, le proche aidant est invité à ramener les effets à domicile.

INVENTAIRE DES EFFETS PERSONNELS CONSERVÉS PAR L'USAGER

☐ Bijoux :	☐ Vêtements :
☐ Téléphone ☐ Portable ☐ Appareil	☐ Argent comptant (\$)
☐ Prothèse dentaire : ☐ Supérieure ☐ Inférieure	☐ Carte de crédit
☐ Prothèse auditive : ☐ Gauche ☐ Droite	☐ Carte de débit
☐ Lunettes ☐ Verres de contact	☐ Portefeuille
☐ Autre (précisez) :	

VÉRIFICATION (employé et usager, accompagnateur ou représentant)

Nom, prénom de l'employé :	# Employé :
Signature de l'employé :	Date :
Nom, prénom de l'usager, accompagnateur ou représentant :	Lien :
Signature de l'usager, accompagnateur ou représentant :	Date :

DÉPÔT DES EFFETS DE VALEUR AU SERVICE DE LA SÉCURITÉ

Items déposés :		
# Enveloppe :	Date :	Heure :
Nom, prénom de l'agent :	Signature :	
Nom, prénom de l'employé :	Signature :	

SUITE AU VERSO

Nom de l'utilisateur :		N° dossier :	
REMISE DES EFFETS PERSONNELS (lors du transfert/congé)			
☐ Congé ☐ Transfert Si congé, veuillez indiquer à qui les effets personnels ont été remis : ☐ Usager ☐ Famille ☐ Employé			
☐ Unité de soins :			
Nom, prénom du membre :		Lien :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé :		# Employé :	
Signature :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :	☐ Oui ☐ Non	Si non, spécifiez items manquants ou supplémentaires :	
REMISE DES EFFETS PERSONNELS (lors du transfert/congé)			
☐ Congé ☐ Transfert Si congé, veuillez indiquer à qui les effets personnels ont été remis : ☐ Usager ☐ Famille ☐ Employé			
☐ Unité de soins :			
Nom, prénom du membre :		Lien :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé :		# Employé :	
Signature :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :	☐ Oui ☐ Non	Si non, spécifiez items manquants ou supplémentaires :	
REMISE DES EFFETS PERSONNELS (lors du transfert/congé)			
☐ Congé ☐ Transfert Si congé, veuillez indiquer à qui les effets personnels ont été remis : ☐ Usager ☐ Famille ☐ Employé			
☐ Unité de soins :			
Nom, prénom du membre :		Lien :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé :		# Employé :	
Signature :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :	☐ Oui ☐ Non	Si non, spécifiez items manquants ou supplémentaires :	
REMISE DES EFFETS PERSONNELS (lors du transfert/congé)			
☐ Congé ☐ Transfert Si congé, veuillez indiquer à qui les effets personnels ont été remis : ☐ Usager ☐ Famille ☐ Employé			
☐ Unité de soins :			
Nom, prénom du membre :		Lien :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé :		# Employé :	
Signature :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :	☐ Oui ☐ Non	Si non, spécifiez items manquants ou supplémentaires :	