



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



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 : ☐ Collaborant ☐ Non collaborant	
Accompagné par :	Lien :
Numéro de curatelle :	

Mise en garde : Les effets personnels de l'usager apte demeurent sous son entière responsabilité et non sous celle de l'établissement en cas de perte, bris ou de disparition. « Les objets prohibés (drogues, armes, etc.) seront confisqués par la sécurité et si nécessaire remis à la police » _____ 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

Effets personnels	Qté	Site de conservation				
		Caisse des bénéficiaires	Casier de l'usager	Voûte	Pharmacie De l'hôpital	Protocole punaise
☐ Bijoux : ☐ Or ☐ Argent ☐ Toc		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Téléphone ☐ Portable ☐ Appareil		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Prothèse dentaire : ☐ Supérieure ☐ Inférieure		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Prothèse auditive : ☐ Gauche ☐ Droite		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Lunettes ☐ Verres de contact		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Argent comptant (\$) ☐ Carte de crédit ☐ Carte de débit ☐ Portefeuille		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Médicaments		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Vêtements : ☐ Bas ☐ Brassière ☐ Chandail ☐ Cravate ☐ Blouse, Chemise ☐ Bretelle ☐ Gants, Mitaines ☐ Chapeau ☐ Pyjama, Robe de chambre ☐ Jupe ☐ Robe ☐ Pantalon ☐ Foulard, Écharpe ☐ Ceinture ☐ Veste ☐ Chaussures, bottes ☐ Manteau		☐	☐	☐	☐	☐
☐ Autre (précisez) :						

VÉRIFICATION (employé et usager, accompagnateur ou représentant)

Nom, prénom de l'employé 1 :	# Employé :
Signature de l'employé 1 :	Date :
Nom, prénom de l'employé 2 :	# Employé :
Signature de l'employé 2 :	Date :
Nom, prénom de l'usager, accompagnateur ou représentant :	Lien :
Signature de l'usager, accompagnateur ou représentant :	Date :

Nom de l'utilisateur :		
DÉPÔT DES EFFETS DE VALEUR (Service de la sécurité, caisse des bénéficiaires, casiers des usagers)		
Items déposés :		
☐ Service de la sécurité ☐ Caisse des bénéficiaires ☐ Casiers des usagers		
# Enveloppe :	Date :	Heure :
Nom, prénom de l'agent :	Signature :	
Nom, prénom de l'employé :	Signature :	
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 de l'employé 1 :	# Employé :	
Signature de l'employé 1 :	Date :	
Nom, prénom de l'employé 2 :	# Employé :	
Signature de l'employé 2 :	Date :	
Signature de l'utilisateur, ou ses proches :	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 de l'employé 1 :	# Employé :	
Signature de l'employé 1 :	Date :	
Nom, prénom de l'employé 2 :	# Employé :	
Signature de l'employé 2 :	Date :	
Signature de l'utilisateur, ou ses proches :	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 de l'employé 1 :	# Employé :	
Signature de l'employé 1 :	Date :	
Nom, prénom de l'employé 2 :	# Employé :	
Signature de l'employé 2 :	Date :	
Signature de l'utilisateur, ou ses proches :	Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :	☐ Oui ☐ Non	Si non, spécifiez items manquants ou supplémentaires :