



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 :	<input type="radio"/> Conscient <input type="radio"/> Inconscient <input type="radio"/> Non collaborant		
Accompagné par :		Lien :	

Mise en garde : Les effets personnels de l'usager demeurent sur 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 demandé de ramener les effets à domicile.

INVENTAIRE DES EFFETS PERSONNELS CONSERVÉS PAR L'USAGER

<input type="checkbox"/> Bijoux :	<input type="checkbox"/> Vêtements :
<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Appareil	<input type="checkbox"/> Argent comptant (\$)
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure	<input type="checkbox"/> Carte de crédit
<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Verres de contact	<input type="checkbox"/> Carte débit
<input type="checkbox"/> Prothèse auditive : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Portefeuille
<input type="checkbox"/> 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 :	
Nom, prénom de l'agent :		Signature :	
Nom, prénom de l'employé :		Signature :	

SUITE AU VERSO

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

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES