

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



IUSMM



LHL0039

NO DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____

MÉDECIN TRAITANT : Dr _____

UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____

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'utilisateur :	<input type="checkbox"/> Collaborant <input type="checkbox"/> Non collaborant		
Accompagné par :		Lien :	
Numéro de curatelle :			

Mise en garde : Les effets personnels de l'utilisateur apte demeurent sur son entière responsabilité et non sous la responsabilité 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'utilisateur ou de son représentant

NB : Il est fortement recommandé de garder uniquement les effets personnels essentiels avec l'utilisateur, le proche aidant est demandé de 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'utilisateur	Voute	Pharmacie hôpital	Protocole punaise
<input type="checkbox"/> Bijoux : <input type="checkbox"/> Or <input type="checkbox"/> Argent <input type="checkbox"/> Toc		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Appareil		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothèse dentaire : <input type="checkbox"/> Supérieure <input type="checkbox"/> Inférieure		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Verres de contact		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Prothèse auditive : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Argent comptant (\$) <input type="checkbox"/> Carte de crédit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Portefeuille <input type="checkbox"/> Carte débit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Médicaments		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vêtements : <input type="checkbox"/> Bas <input type="checkbox"/> Brassière <input type="checkbox"/> Chandail <input type="checkbox"/> Cravate <input type="checkbox"/> Blouse, Chemise <input type="checkbox"/> Bretelle <input type="checkbox"/> Gants, Mitaines <input type="checkbox"/> Chapeau <input type="checkbox"/> Pyjama, Robe de chambre <input type="checkbox"/> Jupe <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Pantalon <input type="checkbox"/> Foulard, Écharpe <input type="checkbox"/> Ceinture <input type="checkbox"/> Veste <input type="checkbox"/> Chaussures <input type="checkbox"/> Manteau		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autre (précisez) :

VÉRIFICATION (employés 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'utilisateur, accompagnateur ou représentant :		Lien :	
Signature de l'utilisateur, accompagnateur ou représentant :		Date :	

Nom de l'utilisateur :		N° dossier :	
DÉPÔT DES EFFETS DE VALEUR (Service de la sécurité, caisse des bénéficiaires, casiers des usagers)			
Items déposés :			
<input type="checkbox"/> Service de la sécurité <input type="checkbox"/> Caisse des bénéficiaires <input type="checkbox"/> 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)			
<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 de l'employé 1 :		# employé :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé 2 :		# employé :	
Signature :		Date :	
Signature usager ou ses proches :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 de l'employé 1 :		# employé :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé 2 :		# employé :	
Signature :		Date :	
Signature usager ou ses proches :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 de l'employé 1 :		# employé :	
Signature :		Date :	
Nom, prénom de l'employé 2 :		# employé :	
Signature :		Date :	
Signature usager ou ses proches :		Date :	
Inventaire complet des effets initiaux :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si non, spécifiez items manquants ou supplémentaires)	

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES