

Installation : _____

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

ENTENTE RELATIVE À LA DIVULGATION DES ACCIDENTS

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest a l'obligation de procéder dans les plus brefs délais à la déclaration d'un accident à l'utilisateur ou son représentant dans le cas où ce dernier a entraîné ou est susceptible d'entraîner des conséquences pour l'utilisateur. À cet égard, relativement à un accident qui n'a pas entraîné ou qui n'est pas susceptible d'entraîner des conséquences pour l'utilisateur mentionné à la présente entente, le représentant demande au Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest d'effectuer la divulgation des accidents selon certaines modalités.

Par conséquent, je soussigné(e), _____

Prénom et nom en lettres moulées

- ☐ Titulaire de l'autorité parentale de l'utilisateur mineur;
☐ Mandataire, tuteur ou curateur d'une personne majeure inapte;
☐ Conjoint/conjointe;
☐ À défaut de conjoint ou en cas d'empêchement de celui-ci, un proche parent ou d'une personne qui démontre un intérêt particulier pour l'utilisateur majeur inapte, précisez :

Demande à ce que le CISSS de la Montérégie-Ouest me divulgue un accident qui n'a pas entraîné ou qui n'est pas susceptible d'entraîner des conséquences tel que les chutes répétitives (inscrire précisément les accidents pour lesquels l'entente est appliquée), et ce, selon les modalités suivantes :

Je comprends qu'un accident qui n'a pas entraîné ou qui n'est pas susceptible d'entraîner des conséquences est par définition un événement indésirable qui a touché l'utilisateur mentionné à la présente entente, sans lui causer de conséquences ou alors d'inconvénients qui ne requièrent aucune intervention additionnelle (ni premiers soins, ni surveillance, ni tests ou examens pour vérifier l'absence de conséquences, ni modification au plan d'intervention).

Je comprends également que cette entente peut être révoquée en tout temps.

Signature du représentant Témoin aaaa/mm/jj

- ☐ **Entente verbale** (S'il y a eu une entente verbale, faire signer le représentant lors d'une prochaine visite).

Prénom et nom de l'intervenant Signature de l'intervenant aaaa/mm/jj
qui a pris l'entente verbale

- ☐ **Entente révoquée**

Signature du représentant Témoin aaaa/mm/jj