

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

LISTE DES EFFETS PERSONNELS CONSERVÉS PAR L'USAGER

UNITÉ DE SOINS : _____

EFFETS PERSONNELS CONSERVÉS PAR L'USAGER

- | | | |
|--|---|-------------------------------------|
| ☐ Vêtements | ☐ Prothèse dentaire : | |
| ☐ Valise ou sac d'effets personnels | ☐ Supérieure | ☐ Inférieure |
| ☐ Vêtements mis au rebut | ☐ Lunettes | |
| Autre(s) : | ☐ Verres de contact | |
| ☐ _____ | ☐ Prothèses auditives : | |
| ☐ _____ | ☐ Gauche | ☐ Droite |
| ☐ _____ | ☐ Aide technique à la marche : | _____ |
| ☐ _____ | ☐ Sac à main (contenu) : | _____ |
| ☐ _____ | ☐ Carte RAMQ | |
| ☐ _____ | ☐ Médicaments | |
| ☐ _____ | ☐ Bijoux | |
| ☐ _____ | ☐ Montre | |
| ☐ _____ | ☐ Téléphone cellulaire : _____ | |
| ☐ _____ | ☐ Tablette électronique | |
| ☐ _____ | ☐ Portefeuille (contenu) : _____ | |

SIGNATURES

- ☐ Je reconnais que l'établissement n'est pas responsable des effets personnels non consignés.

Nom et prénom du
représentant s'il y a lieu : _____

Signature de l'utilisateur : _____ Date : _____

Signature du représentant : _____ Lien : _____ Date : _____

Signature de l'employé : _____ Titre : _____ Date : _____

TRANSFERT INTERUNITÉS

De : _____ Vers : _____

Signature : _____ Signature : _____

Titre d'emploi : _____ Titre d'emploi : _____

Date : _____ Date : _____

OBJETS DE VALEUR À CONSIGNER

Remplir le formulaire *Liste des effets personnels mis en consignment*.