

Installation : _____

**LISTE DES EFFETS PERSONNELS
MIS EN CONSIGNATION**

UNITÉ DE SOINS : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. : _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

INVENTAIRE DES EFFETS PERSONNELS MIS EN CONSIGNATION SOUS CLÉ DANS L'ENVELOPPE

☐ Portefeuille	Couleur : _____	☐ Prothèses dentaires	
☐ Argent	Montant : _____	☐ Supérieure	☐ Inférieure
☐ Cellulaire	Marque : _____	☐ Lunettes	Couleur : _____
☐ Carte RAMQ		☐ Verres de contact	
☐ Médicaments/Dosette		☐ Prothèses auditives	
Bijoux		☐ Gauche	☐ Droite
☐ Bague	Couleur : _____	☐ Boucles d'oreille	Couleur : _____
☐ Montre	Marque : _____	☐ Pendentif	Couleur : _____
☐ Bracelet	Couleur : _____	☐ Collier	Couleur : _____
☐ Jonc	Couleur : _____	☐ Chaîne	Couleur : _____

Autres effets personnels placés dans un sac identifié au nom de l'utilisateur (conservés à l'unité) :

☐ Sac à main	Couleur : _____	☐ Tablette électronique
☐ Sac		☐ Aide technique à la marche : _____
☐ Valise		☐ Fauteuil roulant

Vêtements placés dans un sac identifié au nom de l'utilisateur (conservés à l'unité) : Indiquer le nombre

☐ Bottes/Chaussures ()	☐ Manteau ()	☐ Gants/Mitaines ()	☐ Veste ()
☐ Ceinture ()	☐ Chapeau ()	☐ Chandail ()	☐ Pantalon ()
☐ Chemise/Blouse ()	☐ Jupe/Robe ()	☐ Autres : _____	

SIGNATURES AU DÉPÔT DES EFFETS PERSONNELS

Signature de l'utilisateur : (ou son représentant)	_____	Date : _____
Signature du personnel :	_____	Date : _____
Témoin de la vérification :	_____	Date : _____
Remis à la sécurité par :	_____	Date : _____
Entreposé par :	_____	Date : _____
Lieu d'entreposage :	_____	

SIGNATURES À LA REMISE DES EFFETS PERSONNELS

Signature de l'utilisateur : (ou son représentant)	_____	Date : _____
Signature du personnel :	_____	Date : _____
Témoin de la vérification :	_____	Date : _____
Remis par la sécurité :	_____	Date : _____
	Matricule : _____	

☐ Congé ☐ Transfert ☐ Décès