MAISON GILLES-CARLE
CHAUDIÈRE-APPALACHES

FORMULAIRE DE CONSENTEMENTS

Nom et prénom du participant:_____

Date de naissance : _____/_____/_____

Nom et prénom du proche aidant : _____

Je soussigné(e), _____ en ma qualité de _____ autorise le personnel de la Maison Gilles-Carles Chaudière-Appalaches à faire parvenir ou demander des renseignements pertinents au séjour aux partenaires suivants :

- Pharmacie communautaire : _____
- Médecin de famille : _____
- CISSSCA : _____
- Autres : _____

J'autorise le personnel de la Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches à administrer le ou les médicaments suivants ainsi que les soins suivants à _____

Médication :

- ☐ Médication en dispill
- ☐ Médication au besoin : (Ex : Tylenol 500mg aux 4hres si douleur au genou droit)
  _____
  _____
- ☐ Médication autre que par voie orale
  _____
  _____

Conservation de la médication :

- ☐ Température pièce
- ☐ Frigo

Soins particuliers :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

PHOTOS ET AUTRES :

Je, soussigné(e) : _____

Pour mon proche : _____

J'autorise la Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches à utiliser les documents suivants sur lesquels mon proche pourrait apparaître :

	OUI	NON
Photos		
Enregistrements audio		
Enregistrement vidéo		

RÉANIMATION ET AMBULANCE :

Je, soussigné(e) :_____ indique avoir pris connaissance du document «XXXXXXXXXXX» et je confirme avoir bien compris les éléments suivants :

1. En cas d'arrêt cardiorespiratoire, **l'usager sera réanimé**
2. En cas d'urgence médicale, **l'ambulance sera appelée**

Cette autorisation est valide pour une période de 2 ans à compter de la date de la signature de ce document.

Je comprends que je suis libre de donner mon consentement. Je comprends également que je peux, en tout temps, retirer le consentement en partie ou totalement en avisant par écrit la Maison Gilles-Carle Chaudière-Appalaches. Je reconnais avoir pris connaissance de l'information contenue dans ce formulaire et avoir obtenu, le cas échéant, les explications nécessaires à ma compréhension.

_____ Date : _____

Signature du participant ou de la personne autorisée

_____ Date : _____

Témoin à la signature

MAISON GILLES-CARLE
CHAUDIÈRE-APPALACHES