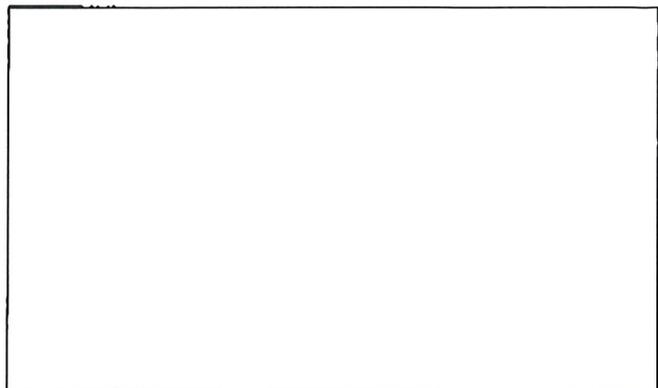




**CHU Sainte-Justine**  
Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant



HSJ-0039



**ÉVALUATION, CONSENTEMENT ET SUIVI POUR L'APPLICATION DES MESURES DE CONTRÔLE**

Raison d'admission : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Description des faits : \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contention de poignets                 | <input type="checkbox"/> Lit avec dôme  |
| <input type="checkbox"/> Contention de poignets et de chevilles | <input type="checkbox"/> Salle d'isolement  |
| <input type="checkbox"/> Mitaines                               | <input type="checkbox"/> Ceinture abdominale avec clé (ex. : Segufix <sup>MD</sup> )                                |
| <input type="checkbox"/> Manchettes                             | <input type="checkbox"/> Planche d'immobilisation « Papoose <sup>MD</sup> »   |
| Autre : _____   | <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG |

Surveillance requise :     Continue     q 15 min.     q 30 min.  
 Réévaluation prévue :     q 8 hres ou PRN     q \_\_\_\_\_ (spécifiez si moins fréquent)  
 Utilisation :     Permanente     Intermittente  
 Début de la mesure :    Date : \_\_\_\_\_    Heure : \_\_\_\_\_    Signature : \_\_\_\_\_  
 Arrêt de la mesure :    Date : \_\_\_\_\_    Heure : \_\_\_\_\_    Signature : \_\_\_\_\_

Justification : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_, consens à titre de \_\_\_\_\_ à la mise en place de mesure(s) de contrôle de type \_\_\_\_\_ et je confirme avoir reçu l'information concernant la nature de cette mesure de contrôle, les risques et bénéfices inhérents à ce traitement, les effets ainsi que l'utilisation qui en sera faite.

Signature (patient ou parent, tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoïn : \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

**OU** Consentement verbal obtenu auprès de : \_\_\_\_\_

Signature de l'intervenant \_\_\_\_\_ Date et heure : \_\_\_\_\_

Lorsque la présence d'équipements ou de traitements dont l'auto-retrait est une menace imminente pour la vie du patient : ventilation mécanique invasive et non-invasive, cathéter artériel, cathéter central, monitoring de PIC, drain, stimulateur cardiaque temporaire, ECMO, assistance ventriculaire, épuration extra-rénale (hémodialyse, hémofiltration et dialyse péritonéale) le consentement écrit à une mesure de contrôle n'est pas requis (liste exhaustive). Le devoir d'information et la surveillance demeurent.
