

Programme éducatif et préventif du syndrome de mort subite du nourrisson de l'État de
Pennsylvanie

Déclaration de reconnaissance volontaire

Instructions pour l'hôpital/le centre de maternité/le médecin : Compléter deux formulaires pour chaque famille avant la sortie de l'hôpital ou après la naissance du ou des nourrissons pour les familles accouchant en dehors d'un hôpital ou centre de maternité. Fournissez au(x) parent(s) des informations sur le syndrome de mort subite du nourrisson et sur les mesures de prévention. Demander au(x) parent(s) de signer volontairement ce formulaire indiquant qu'ils ont reçu, lu et compris les informations sur le syndrome de mort subite du nourrisson et les mesures de prévention. Fournissez aux parents une copie du formulaire signé et conserver une copie dans le dossier médical.

À compléter par l'hôpital/le centre de maternité/le médecin :

NOM DE L'HÔPITAL : _____

NOM LÉGAL DU BÉBÉ : _____

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M F

Le ou les parents ont reçu les informations sur le syndrome de mort subite du nourrisson dont la brochure,
DATE : _____

REMARQUES :

À compléter par un parent, beau-parent, parent adoptif, tuteur légal ou responsable légal :

Parent : J'ai reçu de l'hôpital les informations sur le syndrome de mort subite du nourrisson et le sommeil sûr du nourrisson. Je signe ce formulaire volontairement en reconnaissant avoir reçu, lu et compris les informations sur le syndrome de mort subite du nourrisson.

SIGNATURE, MÈRE : _____ REFUSÉ : DATE : _____

SIGNATURE, PÈRE : _____ REFUSÉ : DATE : _____

SIGNATURE, AUTRE : _____ REFUSÉ : DATE : _____

(beau-parent, parent adoptif, tuteur légal, tuteur dûment nommé)

Ce formulaire et les informations l'accompagnant sont fournis conformément à l'acte 73 de 2010.