APPUYEZ FORT EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE, CAR VOUS ÊTES EN TRAIN DE LE FAIRE EN 3 EXEMPLAIRES.

Programme de prévention et prise de conscience du syndrome du bébé secoué de Pennsylvanie

"Sauver la vie des bébés une famille à la fois."

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT VOLONTAIRE

Instructions de l'hôpital/maison de naissance : Remplissez un formulaire par enfant. Fournissez au(x) parent(s) des informations sur le syndrome du bébé secoué et sur les mesures de prévention. Demandez qu'ils signent volontairement ce formulaire en indiquant qu'ils ont reçu et compris les informations. Donnez aux parents un exemplaire de ce formulaire signé, gardez un exemplaire dans le dossier médical et envoyez un exemplaire aux Coordinateurs des infirmiers du *Programme de prévention et prise de conscience du syndrome du bébé secoué de Pennsylvanie.*

NOM DE L'HÔPITAL :_____

NOM LÉGAL DU BÉBÉ :_____

DATE DE NAISSANCE : _____ **SEXE : M ❑ F ❑**

LE(S) PARENT(S) ONT REÇU LES INFORMATIONS SUR LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ, LE :_____

❑ **Discuté avec l'infirmière** ❑ **Regardé le vidéo** ❑ **Reçu la brochure** ❑ **Vu des posters dans l'unité**

REMARQUES :

Parent : Les informations sur le syndrome du bébé secoué m'ont été présentées par l'hôpital. Je signe ce formulaire volontairement en reconnaissant avoir reçu, lu et compris ces informations.

SIGNATURE, MÈRE :	_____	**REFUSÉ :** ❑	**DATE:** _____
SIGNATURE, PÈRE :	_____	**REFUSÉ :** ❑	**DATE:** _____
SIGNATURE, AUTRE:	_____ (beau-parent, parent adoptif, tuteur légal, tuteur dûment nommé)	**REFUSÉ :** ❑	**DATE:** _____

Ce formulaire et les informations l'accompagnant sont fournis conformément du Loi 176 de 2002 (11 P.S. §2121-2126).

(1/19/09)

APPUYEZ FORT EN REMPLISSANT CE FORMULAIRE, CAR VOUS ÊTES EN TRAIN DE LE FAIRE EN 3 EXEMPLAIRES.

Programme de prévention et prise de conscience du syndrome du bébé secoué de Pennsylvanie

"Sauver la vie des bébés une famille à la fois."

DÉCLARATION D'ENGAGEMENT VOLONTAIRE

Instructions de l'hôpital/maison de naissance : Remplissez un formulaire par enfant. Fournissez au(x) parent(s) des informations sur le syndrome du bébé secoué et sur les mesures de prévention. Demandez qu'ils signent volontairement ce formulaire en indiquant qu'ils ont reçu et compris les informations. Donnez aux parents un exemplaire de ce formulaire signé, gardez un exemplaire dans le dossier médical et envoyez un exemplaire aux Coordinateurs des infirmiers du *Programme de prévention et prise de conscience du syndrome du bébé secoué de Pennsylvanie.*

NOM DE L'HÔPITAL :

DATE DE NAISSANCE : _____ SEXE : M ❑ F ❑

LE(S) PARENT(S) ONT REÇU LES INFORMATIONS SUR LE SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ, LE :_____

❑ Discuté avec l'infirmière ❑ Regardé le vidéo ❑ Reçu la brochure ❑ Vu des posters dans l'unité

REMARQUES :

Parent : Les informations sur le syndrome du bébé secoué m'ont été présentées par l'hôpital. Je signe ce formulaire volontairement en reconnaissant avoir reçu, lu et compris ces informations.

SIGNATURE, MÈRE : REFUSÉ : ❑ DATE: _____

SIGNATURE, PÈRE : REFUSÉ : ❑ DATE: _____

REFUSÉ : ❑ DATE: _____

Ce formulaire et les informations l'accompagnant sont fournis conformément du Loi 176 de 2002 (11 P.S. §2121-2126).

(1/19/09)