

COMMITMENT STATEMENT
DÉCLARATION D'ENGAGEMENT
Pennsylvania Shaken Baby Syndrome
Programme de Pennsylvanie pour l'éducation et la prévention
Education and Prevention Program
du syndrome du bébé secoué

Hospital/Birth Center Instructions: Complete one form for each infant. Provide parent(s) with information about shaken baby syndrome and prevention measures. Request the parent(s), stepparent, adoptive parent, legal guardian or legal custodian voluntarily sign this form indicating the receipt and understanding of the information. Present the parents with one copy of this signed form and retain one copy in the medical record.

Consignes pour les hôpitaux/maisons de naissance : Remplir un formulaire pour chaque nourrisson. Fournir au(x) parent(s) des informations sur le syndrome du bébé secoué et les mesures pour l'éviter. Demander au(x) parent(s), beau-parent(s), parent(s) adoptif(s) ou au tuteur légal de volontairement signer ce formulaire indiquant la bonne réception et la compréhension des informations. Fournir aux parents une copie de ce formulaire signé et en conserver une copie au dossier médical.

HOSPITAL NAME:
(NOM DE L'HÔPITAL)

BABY'S LEGAL NAME:
(NOM LÉGAL DU BÉBÉ)

DATE OF BIRTH:
(DATE DE NAISSANCE)

SEX: M F
(Sexe) (M) (F)

PARENT(S) PROVIDED SHAKEN BABY SYNDROME INFORMATION, DATE: _____
LES (PARENT(S) ONT REÇU LES INFORMATIONS RELATIVES AU SYNDROME DU BÉBÉ SECOUÉ, DATE) (MM/DD/YY)
/ (MM/JJ/AA)

Discussed with Nurse
(Discuté avec l'infirmière)

Viewed Video
(Vidéo visionnée)

Received Brochure
(Brochure reçue)

NOTES:
(REMARQUES)

Parent: Information about Shaken Baby Syndrome has been presented to me by the hospital. I voluntarily sign this statement acknowledging I have received, read and understand this information.

Parent : Les informations relatives au syndrome du bébé secoué m'ont été présentées par le personnel de l'hôpital. Je signe de mon plein gré la présente déclaration et je reconnais avoir reçu, lu et compris ces informations.

SIGNATURE, MOTHER: _____
(SIGNATURE, MÈRE)

REFUSED: **DATE:** _____
(REFUS) (DATE)

SIGNATURE, FATHER: _____
(SIGNATURE, PÈRE)

REFUSED: **DATE:** _____
(REFUS) (DATE)

SIGNATURE, OTHER: _____
(SIGNATURE, AUTRE)

REFUSED: **DATE:** _____
(REFUS) (DATE)

(stepparent, adoptive parent, legal guardian, legal custodian)
(beau-parent, parent adoptif, tuteur légal)