

ANNEXE 2 C CONSENTEMENT GÉNÉRAL AUX SOINS

Nom du résident : _____

N° de chambre ou de logement : _____

Nom de la résidence : _____

J'autorise les médecins, le personnel infirmier et les préposés de la résidence à me dispenser des soins et des services dans le cadre des services offerts par la résidence pour une durée de _____ mois.

J'autorise également les pharmaciens du secteur privé ayant accès à la liste de mes médicaments à faire parvenir à la résidence le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettront aux professionnels de la résidence d'assurer, de façon optimale, le suivi de mon état de santé.

Signature du résident

Date : _____ / _____ / _____

Signature du représentant (lorsque nécessaire)

Je refuse la dispensation des soins et services suivants :

Signature du résident

Date : _____ / _____ / _____

Signature du représentant (lorsque nécessaire)