



CONTRAT D'OBSERVANCE

Je soussigné(e)..... hospitalisé(e) au Centre de Réadaptation Cardiovasculaire Bois Gibert, accepte de recevoir mon pilulier pour 24 heures et de gérer moi-même la prise de mes médicaments aux différentes heures de la journée comme indiqué sur la prescription médicale.

Je m'engage à signaler et à rapporter à l'infirmierie les traitements que je n'aurais pas pris en spécifiant les raisons de la « non prise ».

Je m'engage à signaler à l'infirmierie toute discordance entre les traitements présents dans la boîte et ceux inscrits sur la prescription avant toute prise de traitement. De la même façon, en cas d'incompréhension, je me rends à l'infirmierie avant toute prise de traitement.

Lors de toute injection, je m'engage à rappeler mon nom, mon prénom et mon numéro de chambre. Je m'engage à signaler mes allergies éventuelles.

Avant de me rendre à l'infirmierie je vérifie sur l'ordonnance de mon pilulier le médicament prévu dans « Prescriptions injectables » que l'infirmière va m'administrer.

En cas de sortie en permission, je m'engage à prendre les médicaments qui me seront remis accompagnés d'une copie du traitement. Je confirmerai à l'infirmier(e), lors de mon retour au Centre la prise effective de mon traitement et lui signalerai tout problème survenu au cours de cette permission.

Fait à Ballan-Miré,

Le :

Signature IDE:

Signature médecin:

Signature Patient: