



MR60499

CONSENTEMENT À LA FOUILLE ET DÉROULEMENT

Hébergement et services spécialisés en santé mentale, hébergement en dépendance, urgence,
centre hospitalier, unité de réadaptation fonctionnelle intensive (URFI)

Informations générales et consentement

Nom

Date

AAAA-MM-JJ

Heure

HH :MM

Lieu

☐

J'accepte que l'on procède à une fouille
par palpation sur ma personne

☐

Je refuse que l'on procède à une fouille
par palpation sur ma personne

Signature de l'utilisateur : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

Si refus, le directeur du service ou le directeur de garde a été avisé.

Signature de la personne qui a rejoint le directeur : _____

Motifs justifiant la fouille (précisez s'il s'agit d'une situation de prévention ou d'urgence)

Commentaires sur le déroulement de la fouille

Signature de l'intervenant :

procédant à la fouille : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM

présent lors de la fouille : _____

Date : _____
AAAA-MM-JJ

Heure : _____
HH : MM