**Mise en place d’une mesure de sécurité volontaire chez une personne capable de discernement**

**Nom et prénom du-de la résident-e :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Type de mesure :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**La mesure est demandée par le-la résident-e**

**La mesure est proposée par le personnel**

**Raison de la mesure (bénéfice et contrainte) :**Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de l’instauration de la mesure :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Date de la première évaluation :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Fréquence :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Information au-à la représentant-e thérapeutique :**

**Oui  Non Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Nom, prénom et signature de l’infirmier-ère :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Par sa signature, l’infirmier-ère atteste que le-la résident-e a donné son consentement éclairé à la mesure, qu’il-elle en a compris les bénéfices et les contraintes.

Copie à l’infimier-ère chef-fe pour validation