

Comité régional sur les services pharmaceutiques de Montréal

FORMULAIRE DE RESPONSABILITÉ

Ce formulaire est signé entre le centre de location et la personne identifiée ci-dessous.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse :

Téléphone N⁰¹ : _____ Téléphone N⁰² : _____

N^o d'assurance maladie : _____

LOCATION DE L'ÉQUIPEMENT

Pompe : _____

N^o de l'appareil : _____

Autre matériel loué :

CONDITIONS ET RESPONSABILITÉS

La pharmacie ou établissement _____ agit à titre de centre de location. Il a été convenu que la personne désignée :

1. Retournera le matériel cité ci-dessus au _____ à la date prévue de retour, soit _____.
 2. Maintiendra le matériel propre et en bonne condition.
 3. Doit demeurer joignable aux numéros de téléphone énumérés ci-dessus pendant toute la durée de location.
 4. Gardera le matériel en sa possession en tout temps.
 5. Utilisera la pompe selon les instructions enseignées.
 6. Avisera le centre de location le plus rapidement possible en cas de problématiques avec le matériel (alarme, mauvais fonctionnement, etc.).
-

DATE DE DÉBUT DE LOCATION : _____ **DATE PRÉVUE DE RETOUR :** _____

Je suis d'accord avec les termes et conditions en lien avec la location du matériel nécessaire pour poursuivre mon traitement antibiotique intraveineux à domicile.

Date : _____

Signature du client : _____