



**VISITE D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE
EN FIN DE VIE**

À la demande du médecin soignant : _____

De l'infirmière chef d'unité : _____

De l'ASI : _____

Nombre de la personne autorisée à effectuer des visites : _____

Lien /relation avec la personne en fin de vie : _____

La personne nommée ci-haut confirme avoir reçu les directives suivantes en lien avec la visite :

- Répondre à un questionnaire verbal lors de chacune des visites;
- Déclarer tout changement de l'état de santé et reporter la visite en cas de syndrome grippal (toux, fièvre, etc.);
- Accepter les consignes limitatives des heures de visite;
- Se conformer aux directives en matière d'hygiène des mains, d'habillement et de limitation de circulation;
- Utiliser la cloche d'appel de la chambre pour toutes demandes d'aide ou pour quitter;
- Remise d'un formulaire explicatif entourant le suivi des visites.

Signature : _____ Date : _____

Année/ mois / jour