

ETIQUETTE PATIENT

Hôpitaux de Toulouse

ETIQUETTE SERVICE

# FICHE D'INVENTAIRE

## A L'ADMISSION ET EN CAS D'HOSPITALISATION AU CHU

Articles L 1113-1 à 10 et R 1113-1 à 9 du Code de la Santé Publique

Date       Heure  h  

Le patient est informé de la procédure de dépôt des biens et valeurs, souhaite-t'il réaliser un dépôt :

☐ Non (procédure 1)
 ☐ Oui (procédure 2)
 ☐ Ne peut l'exprimer (procédure 2)
**PROCEDURE 1 Refus de dépôt**

Je soussigné, Mme, M. .... certifie avoir été informé(e) de la possibilité de pouvoir confier à l'hôpital valeurs et objets et m'y être refusé(e). Je dégage donc l'hôpital de toute responsabilité. Signature

**PROCEDURE 2 Dépôt contradictoire** (patient et 1 agent ou 2 agents si le patient ne peut s'exprimer)**I. VALEURS DEPOSEES**

**OBJETS DE VALEUR** ☐ Alliance(s) :... ☐ Bague(s) :... ☐ Boucle(s) d'Oreille(s) :... ☐ Bracelet(s) :... ☐ Chaîne(s) :... ☐ Collier(s) :...  
☐ Médaille(s) :... ☐ Montre(s) :... ☐ Autre(s) :.....

**MOYENS DE REGLEMENT**

☐ Carte(s) Bancaire :... ☐ Carte(s) de crédit :... ☐ Autre(s) carte(s) de paiement ou « pré-payé » :...  
☐ Chéquier(s) :... Banque :... Numéro(s) de Chèque :...  
☐ Numéraire(s) :... ☐ Pièce(s) :... ☐ Billet(s) :...  
☐ Monnaie (montant en euros) :... ☐ Pièce(s) :... ☐ Billet(s) :...

**TITRES ET VALEURS**

☐ Livret(s) d'Epargne :... ☐ Titre(s) de pension :... ☐ Timbres Fiscaux :... ☐ Timbre(s) amende :...  
☐ Testament olographe :... ☐ Titre de convention obsèques :... ☐ Acte de sous seing privé :...  
☐ Autre(s) :.....

**Patient** Nom, prénom, grade :

Signature

**Agent 1** Nom, prénom, grade :

Signature

**Agent 2** Nom, prénom, grade :

Signature

**Cas particulier de l'admission SAU Rangueil et Purpan**

Je soussigné, Mme, M. .... déclare avoir reçu en retour toutes les valeurs inventoriées ci-dessus.

Date :... Signature

**II. « AUTRES OBJETS » Déposés** (mis en sécurité) :.....

Lieu de dépôt :... N° de fermeture sécurisée :...

Objet(s) conservé(s) par le patient (indispensable(s) à l'accomplissement des actes de la vie quotidienne

☐ Prothèse(s) Auditive(s) :... ☐ Prothèse(s) Dentaire(s) :... ☐ Lunette(s) :... ☐ Canne(s) :... ☐ Déambulateur(s) :...  
☐ Autres :.....

**Patient** Nom, prénom, grade :

Signature

**Agent 1** Nom, prénom, grade :

Signature

**Agent 2** Nom, prénom, grade :

Signature

**Restitution des « AUTRES OBJETS » par les professionnels du service**

Je soussigné, Mme, M. .... déclare avoir reçu en retour tous les objets déposés ci-dessus.

Date :... Signature

**TRANSFERT INTRA CHU** A remplir et à signer par le service accueillant le patient après vérification du numéro de scellé «autres objets»

Transféré le :... Service de :... Par (Nom, prénom, signature) :

Nom, prénom, grade, et signature de la ou des personne(s) recevant et vérifiant l'intégrité de la poche et le numéro de scellé

**TRANSFERT INTRA CHU** A remplir et à signer par le service accueillant le patient après vérification du numéro de scellé «autres objets»

Transféré le :... Service de :... Par (Nom, prénom, signature) :

Nom, prénom, grade, et signature de la ou des personne(s) recevant et vérifiant l'intégrité de la poche et le numéro de scellé