



CONTRAT D'ENGAGEMENT À L'OXYGÉNOTHÉRAPIE À DOMICILE

Établissement :

Je soussigné(e), _____, m'engage à respecter les conditions suivantes :
Usager ou personne autorisée à signer

1. Être fidèle à la prescription médicale;
2. Accepter les visites des intervenants pour le suivi clinique et la surveillance des appareils;
3. Accepter que mes besoins et services soient réévalués si nécessaire;
4. Accepter d'utiliser et d'entretenir les appareils d'oxygénothérapie selon les consignes reçues;
5. Assumer les coûts de remplacement et de réparation en cas de vol, de bris ou de perte causés par ma négligence;
6. Respecter la politique régionale de transport et de déplacement des appareils respiratoires prêtés;
7. Maintenir un environnement suffisamment sécuritaire, propre, dégagé et non infesté afin d'assurer le bon fonctionnement des appareils et la sécurité du personnel;
8. Respecter les mesures de sécurité suivantes (également reçues par écrit) concernant la manipulation et l'utilisation d'un appareil d'oxygénothérapie à domicile ou de déambulation :

- Mettre en évidence l'affiche signalant l'utilisation d'un appareil d'oxygénothérapie.
- Placer le concentrateur et les cylindres d'oxygène dans un endroit aéré, toujours à trois mètres minimum d'une source de chaleur.
- Ne pas utiliser une couverture électrique ni un coussin électrique.
- Bien fixer les cylindres (attachés ou placés dans une base ou un chariot).
- Ne jamais lubrifier l'appareil avec de l'huile, de la graisse ou de la vaseline.

De plus, lorsque j'utilise l'appareil de déambulation, je sais que je ne dois pas :

- fumer ni être à moins de trois mètres d'un fumeur;
- m'approcher à moins de trois mètres d'une flamme ou d'une source de chaleur excessive;
- ouvrir le four ni utiliser la cuisinière.

Je sais que, sous réserve de l'accord de mon médecin traitant ou du directeur médical du service, mon traitement d'oxygène à domicile prendra fin si (le traitement pourra continuer en établissement) :

- mon traitement n'est plus indiqué;
- je fume ou s'il est démontré que je fume par des tests de détection du tabagisme;
- je n'utilise pas l'appareil de façon sécuritaire;
- je ne respecte pas les conditions énumérées aux numéros 1 à 8 ci-dessus.

N.B : J'ai la responsabilité de transmettre cette information à tous ceux qui me côtoient ou me rendent visite.

Signature de l'usager ou de
la personne autorisée à signer _____

Date |_____| |_____| |_____|
Année Mois Jour

Signature de la personne
qui a donné l'information _____

Date |_____| |_____| |_____|
Année Mois Jour