



HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR  
DE MONTRÉAL

## FORMULAIRE PANDÉMIE D'INFLUENZA PUBLICATION DE DOCUMENTS

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Télécopieur : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Établissement : \_\_\_\_\_

### Conditions

- L'utilisation de ces documents est strictement réservée à l'établissement qui en fait la demande.
- Aucune utilisation commerciale n'est permise.
- Ces documents sont indiqués à titre de document de travail et peuvent être modifiés.
- Plusieurs documents sont des premières ébauches et sont, donc, modifiables.
- L'établissement, qui en fait la demande, a la responsabilité d'adapter tous les documents en fonction de ses besoins.
- L'HSCM ne peut être tenu responsable de tout préjudice, réclamation, coût ou obligation issu de l'utilisation, bonne ou mauvaise, des renseignements contenus dans l'un ou l'autre de ces documents.
- Toute reproduction totale ou partielle de l'un ou l'autre des documents est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

J'accepte les conditions telles que mentionnées ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
(Prénom et nom en lettre moulée)

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
DATE

*Veuillez retourner le formulaire dûment rempli par courrier ou par télécopieur*

### ADRESSE :

L'attention de : Madame Sandy Line Grenier  
**Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal**  
Direction des soins infirmiers - Prévention des infections  
5400 boul. Gouin Ouest  
Montréal (Québec) H4J 1C5

### TÉLÉCOPIEUR :

L'attention de : Madame Sandy Line Grenier  
# télécopieur : (514) 338-2598