 

**Charte d’engagement dans la démarche Pare à chute**

|  |
| --- |
| Nom de l’établissement ou du site : |
| *Pour le sanitaire, si Groupe Hospitalier :* Nom du GH :  |

Personne référente au sein de l’établissement pour la démarche Pare à chute

NOM et Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse électronique :

Composition de l’équipe projet pluri-professionnelle et pluridisciplinaire :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM | Prénom | Fonction | Téléphone | Adresse électronique  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Objectifs du projet : que pensez-vous améliorer ?

Calendrier de la démarche Pare à chute *(date de début, date de fin)*:

Unité(s) ou secteur(s) engagé(s) dans la démarche Pare à chute *(préférer engager une seule unité pilote, maximum deux par établissement)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Unité | Activité | Nombre de places | Personne relai de la démarche |
|  |  |  | **□** Prénom : **□** NOM :**□** Fonction :**□** Téléphone :**□** Adresse électronique : |
| Unité | **Activité** | **Nombre de places** | **Personne relai de la démarche** |
|  |  |  | **□** Prénom : **□** NOM :**□** Fonction :**□** Téléphone :**□** Adresse électronique : |

Engagement

Notre établissement s’engage dans une démarche pluridisciplinaire d’amélioration de la gestion du risque de chute et de blessures induites, pour diminuer le nombre de chutes graves.

L’avancement de la démarche Pare à chute et ses résultats seront communiqués régulièrement auprès du personnel, des patients ou résidents et de leur entourage.

Date :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Directeur général** | **Représentant médical** | **Représentant paramédical** | **Représentant des usagers** | **Référent de la démarche** |
| **NOM** |  |  |  |  |  |
| **Prénom** |  |  |  |  |  |
| **Adresse électronique** |  |  |  |  |  |
| **Signature**  |  |  |  |  |  |