



Centre hospitalier  
de l'Université de Montréal

## CONSENTEMENT RÈGLES DE VIE

### UNITÉ D'HOSPITALISATION

#### Service de médecine et psychiatrie des toxicomanies

La période d'hospitalisation est d'une durée variable, selon la(les) substance(s) consommée(s) et votre état de santé.

Votre demande d'admission sera active 45 jours. Sans nouvelle de votre part, la demande sera retirée sans préavis. À noter que le CHUM n'est pas dans obligation de vous orienter en thérapie ou dans une ressource d'hébergement au moment de votre congé de l'unité. Vous acceptez d'organiser votre plan de sortie et que celui-ci soit réaliste avec les délais de l'hospitalisation.

Votre présence à l'unité est libre et volontaire. Cela signifie qu'en tout temps, vous pouvez signer un refus de traitement et quitter les lieux. Toutefois, un départ prématuré peut occasionner des risques pour votre santé, lesquels vous seront expliqués par un professionnel de la santé. Si vous quittez de votre propre initiative et contre l'avis des médecins ; vous dégagez donc l'établissement, son personnel et les médecins traitants de toute responsabilité découlant d'un tel départ. Il se peut qu'en cas de danger pour vous-même ou pour autrui, des mesures légales pour prolonger l'hospitalisation soient nécessaires. Plus d'informations vous seront remises si tel est le cas.

#### Conditions auxquelles s'engagent chacune des parties pour la durée de l'hospitalisation :

##### Le personnel de l'unité s'engage à :

- vous apportez les soins requis à votre état de santé et à vous expliquer leurs différentes démarches;
- vous offrir un traitement médical et social individuel lorsque la situation l'exige;
- vous donnez des outils pour vous aider à demeurer abstinents;
- vous garantir une stricte confidentialité : aucune information ne sera divulguée à des tiers sans votre consentement.

##### De mon côté, en tant que patient(e) à l'unité je m'engage à :

- ne faire aucune menace ou action violente envers le personnel ou d'autres patients, à ne pas voler, à ne pas consommer de substances, drogues ou médicaments autres que ceux qui me sont prescrits personnellement par un médecin de l'unité. Dans le cas de gestes violents ou de vols, le CHUM pourrait déposer des plaintes à la police le cas échéant. Aucune relation amoureuse ou sexuelle n'est tolérée à l'intérieur de l'unité et ce, pour des raisons d'éthique;
- respecter les règles de vie de l'unité telles qu'elles m'ont été préalablement expliquées;
- participer le plus possible aux diverses activités offertes sur l'unité à des fins thérapeutiques;
- n'apporter sur l'unité que des objets permis, cette liste m'ayant été fournie auparavant;
- ne pas utiliser mon cellulaire dans les aires communes ni de prendre des photos ou de faire des enregistrements.

**Je comprends que tout tabac et cannabis me seront confisqués pour la durée de mon séjour et qu'ils me seront remis à mon départ, qu'aucune sortie à l'extérieur de l'hôpital n'est permise et qu'aucun visiteur n'est admis à l'unité.**

Par la présente, j'atteste que j'ai lu ou qu'on m'a fait la lecture de cet engagement, qu'on a répondu aux questions que je me posais et j'accepte, librement et volontairement, de m'engager dans ce programme. J'ai été avisé(e) que si je ne respectais pas les conditions de mon engagement, un congé prématuré pourrait être signé par le médecin et je ne pourrai recevoir de nouveaux traitements à l'unité avant une période déterminée par l'équipe traitante.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Témoïn

## **CONSENT INPATIENT UNIT RULES**

### **UNITÉ D'HOSPITALISATION Service de médecine et psychiatrie des toxicomanies**

The duration of hospitalization varies according to the substance(s) consumed and your state of health.

Your admission request will be active for 45 days. Without any news on your behalf, the request will be withdrawn without notice. Please note that the CHUM is not obligated to direct you to therapy or to a shelter resource upon discharge. You agree to organize your discharge plan according to your expected duration of stay.

Your presence on the unit is voluntary and of your own free will. This means that at any time you can leave against medical advice. However, premature departure may be associated with health risks, which will be explained to you by a member of the medical team. If you leave on your own initiative and against medical advice; you are therefore relieving the facility, its staff and treating physicians of any liability arising from such departure. If the medical team suspects a potential medical-legal risk to yourself or others, necessary legal measures will be taken. More information will be given to you if this be the case.

#### **Terms to which all parties agree to for the duration of inpatient care:**

##### Unit staff commits to:

- provide you required medical care;
- offer you individualized treatment when needed (social, occupational, etc.);
- provide you sobriety maintenance tools;
- guarantee strict confidentiality: no information will be disclosed to third parties without your consent.

##### As a patient on the unit, I commit to:

- refrain from making threats or behaving violently towards staff and other patients, as well as refrain from stealing, consuming substances, drugs or medications other than those specifically prescribed for me by a physician on the unit. In presence of violence or robbery, the CHUM could file complaints to the police. For ethical reasons, no amorous or sexual relationships are tolerated.
- respect the unit rules as previously explained;
- participate in the various therapeutic activities proposed;
- only bring permitted objects (refer to the list for more precision);
- avoid using electronic devices (cell phones, tablets, etc.) in common spaces, recording or taking pictures.

**I understand that all tobacco and cannabis will be confiscated during my stay and will be given back to me upon discharge. Exits and visitors are not permitted.**

Hereby certify that I have read this document or that it has been read to me. My questions have been answered. I freely and voluntarily accept inpatient care and will respect the aforementioned terms. If the terms of this agreement are not respected, a premature discharge could be signed by the physician. Conditions of future admissions will have to be discussed with the medical team.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Witness