

Formulaire d'enregistrement Mesures nationales Psychiatrie

Nom de la clinique:	[]
Type d'établissement	<input type="checkbox"/> Clinique individuelle No REE [] <input type="checkbox"/> Groupe de cliniques [] Site 1 [] Nom [] No REE [] Site 2 [] Nom [] No REE [] Site 3 [] Nom [] No REE [] Au-delà de 3 sites, merci d'utiliser un formulaire supplémentaire.
Adresse de la clinique	[]
Direction de la clinique: Nom: No de téléphone Adresse Email	[]
Personne responsable des mesures en psychiatrie et de leur coordina- tion opérationnelle: Nom: Fonction: No de téléphone Adresse Email	[]

Personne responsable des aspects techniques des mesures en psychiatrie (IT, livraison des données): Nom: [] Fonction: [] No de téléphone [] Adresse Email []	
Technique pour les mesures en psychiatrie ANQ	<input type="checkbox"/> Mesures intégrées dans le système d'information clinique Système d'information clinique: [] <input type="checkbox"/> Mesures avec Qtools <input type="checkbox"/> Mesures (autre système): []

Par la signature du présent formulaire, la clinique psychiatrique s'engage vis-à-vis de l'ANQ à réaliser les mesures Psychiatrie conformément au concept de mise en place du 20 janvier 2012, ainsi qu'au manuel relatif aux mesures du 20 janvier 2012.
 Les dispositions sur la protection des données reposent sur les bases légales fédérales et cantonales, ainsi que le règlement des données de l'ANQ du 21 septembre 2011.

Signatures autorisées pour la clinique psychiatrique:

[]
Date

[]
Date

[]
Prénom, nom, fonction

[]
Prénom, nom, fonction

[]
Signature

[]
Signature

Merci de bien vouloir retourner ce formulaire complété et signé à: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, bureau central, Thunstrasse 17, case postale 370, 3000 Berne 6.

Le formulaire complété peut également être adressé par voie électronique à: info@anq.ch