

Formulaire d'enregistrement Mesures nationales Psychiatrie d'enfants et d'adolescents

Nom de la clinique	
Type d'établissement	<input type="checkbox"/> Clinique individuelle Numéro REE <input type="checkbox"/> Groupe de cliniques Site 1 Nom Numéro REE Site 2 Nom Numéro REE Site 3 Nom Numéro REE Au-delà de 3 sites, merci d'utiliser un formulaire supplémentaire
Adresse de la clinique	
Direction de la clinique Nom Numéro de téléphone Adresse Email	
Personne responsable des mesures en psychiatrie d'enfants et d'adolescents et de leur coordination opérationnelle Nom Fonction Numéro de téléphone Adresse Email	

Personne responsable des aspects techniques des mesures psychiatrie d'enfants et d'adolescents (IT, livraison des données) Nom Fonction Numéro de téléphone Adresse Email	
Technique pour les mesures ANQ en psychiatrie d'enfants et d'adolescents	<input type="checkbox"/> Mesures intégrées dans le système d'information clinique Système d'information clinique: <input type="checkbox"/> Mesures à l'aide de Qtools <input type="checkbox"/> Mesures à l'aide d'un autre système:

Par la signature du présent formulaire, la clinique de psychiatrie d'enfants et d'adolescents s'engage vis-à-vis de l'ANQ à réaliser les mesures en psychiatrie d'enfants et d'adolescents conformément au courrier du 14 décembre 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 de psychiatrie d'enfants et d'adolescents :

Date

Date

Prénom, Nom, Fonction

Prénom, Nom, Fonction

Signature

Signature

Merci de bien vouloir retourner le formulaire dûment complété et signé à: Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, Secrétariat, Thunstrasse 17, Case postale 370, 3000 Berne 6 ou à info@anq.ch