

## **Protocole d'application**

(Réf. Loi sur la santé du 16 novembre 1999, art 53, 54, 55)

1. Nom, prénom, date de naissance de la personne
2. Nom du représentant
3. Motifs de la nécessité d'appliquer une mesure de restriction de liberté d'action et/ou de mouvement.
4. Démarche : noter le nom des personnes consultées et la date
5. Objectif visé : décrit en terme de comportement observable, évaluable, dans quelles conditions et quel délai.
6. Description de la mesure, les conditions d'application, la durée, le moment de la journée.
7. Mesures d'accompagnement
8. Mention de l'organe de recours et l'adresse, soit « **Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et patientes (pour adresse : Direction SAS, Rte des Cliniques 17, 1700 Fribourg, tél. 026 305 29 04)**
9. Décision prise par :  
(l'infirmière diplômée ou le médecin responsable de la mesure appliquée ou proposée)  
Nom, prénom, date et signature
10. Mesure acceptée  
Nom, prénom, date et signatures
- Mesure refusée  
Nom, prénom, date et signatures

11. Evalué le :

Prochaine évaluation le :

La signature de l'infirmière diplômée est impérative. Les proches doivent être informés puis confirmer leur accord ou leur désaccord.

En cas d'urgence et lors de refus de la mesure par la personne ou son représentant, l'infirmière-chef (ou sa remplaçante) et le médecin doivent donner leur accord dans les 24 heures ouvrables.

S'il n'y a pas de personnel infirmier diplômé dans l'institution, l'utilisation des moyens de contrainte n'est pas admise sans une évaluation, un protocole signé par une infirmière diplômée autorisée à pratiquer (par ex. soins à domicile).

Service du Médecin cantonal, Ch. des Pensionnats 1, 1700 Fribourg