

VIDÉO SUR LA SÉCURITÉ DES PATIENTS
Never, Ever Shake a Baby (Il ne faut jamais secouer votre bébé)

FORMULAIRE DE SIGNATURE DES PARENTS

I. Je comprends/Nous comprenons que l'objectif de regarder la vidéo *Never, Ever Shake a Baby (Il ne faut jamais secouer votre bébé)* est d'alerter les parents sur les dangers de secouer les nourrissons et les enfants en bas âge, et sur les symptômes du syndrome du bébé secoué/traumatisme crânien non accidentel. Je comprends/Nous comprenons l'importance pour les deux parents de regarder cette vidéo.

II. Je confirme/Nous confirmons que j'ai regardé/nous avons regardé la vidéo sur les dangers de secouer les nourrissons et les enfants en bas âge, et sur les symptômes du syndrome du bébé secoué/traumatisme crânien non accidentel. Si l'autre parent n'est pas disponible, j'ai coché la case ci-dessous pour confirmer que l'autre parent n'est pas disponible et que je ferai tout mon possible pour lui parler des informations présentées dans cette vidéo.

COCHEZ ICI SI L'AUTRE PARENT N'EST PAS DISPONIBLE

Signature du parent 1

Date

Signature du parent 2

Date

Nom du parent 1 (en majuscules)

Nom du parent 2 (en majuscules)

III. Le **(name of hospital or birth center)** a demandé que je regarde/nous regardions la vidéo sur les dangers de secouer des nourrissons et des enfants en bas âge, et sur les symptômes du syndrome du bébé secoué/traumatisme crânien non accidentel. Je refuse/Nous refusons de regarder cette vidéo.

Signature du parent 1

Date

Signature du parent 2

Date

Nom du parent 1 (en majuscules)

Nom du parent 2 (en majuscules)