

Défibrillation automatisée externe (DAE) Formulaire d'enregistrement et de mise à jour des renseignements

Le Conseil des services du district de Kenora (KDSB) sollicite l'enregistrement de **tous les DAE et leur mise à jour auprès du KDSB - SMU Nord-Ouest.**

Ces données d'enregistrement sont très importantes dans nos efforts visant à réduire les délais entre l'arrêt cardiaque soudain (ACS), le déclenchement de la réanimation cardio-pulmonaire (RCP) et l'utilisation d'un défibrillateur automatisé externe (DAE). Nous rappelons aux unités d'enregistrement qu'elles doivent nous informer des modifications apportées aux renseignements de terrain ci-après :

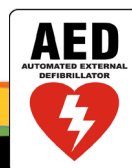
1. Emplacement du défibrillateur dans l'établissement
2. Adresse commerciale
3. Retrait du défibrillateur de l'établissement
4. Nom et numéro de téléphone de la personne à contacter
5. DAE hors service, nouvelle date de mise en service ou nouveaux appareils ajoutés

Veillez noter que le programme d'Accès public à la défibrillation (PAD Initiative) du Conseil des services du district de Kenora - SMU Nord-Ouest (KDSB-SMUNO) n'est pas responsable de ces unités indépendantes, mais facilite leur enregistrement afin que ces renseignements puissent être fournis aux personnes qui appellent le 911. L'enregistrement indépendant d'un défibrillateur auprès du Conseil des services du district de Kenora est gratuit.

A) Renseignements sur l'établissement/le coordonnateur du centre de DAE			
Nom de l'établissement			
Coordonnateur du centre de DAE (personne responsable des contrôles mensuels)		Titre/Poste	
Courriel		Numéro de téléphone	Numéro de télécopieur
Adresse postale (établissement, numéro, rue)	Ville		Code postal
Adresse municipale	Ville		Code postal
Gestionnaire du programme DAE			
Gestionnaire du programme DAE (personne qui a les pleins droits d'administration de l'ensemble du programme dans l'entreprise)			
Numéro de téléphone professionnel		Numéro de téléphone cellulaire	
Courriel			
Date d'enregistrement du DAE :			

*Les coordonnées seront utilisées par le Conseil des services du district de Kenora afin de communiquer avec le coordonnateur du centre de DAE responsable de la maintenance régulière du DAE.

***Veillez remplir ce formulaire pour chaque DAE**



Défibrillation automatisée externe (DAE)

Formulaire d'enregistrement et de mise à jour des renseignements

B) Renseignements généraux						
Type d'enregistrement : <input type="checkbox"/> Nouvel enregistrement du DAE <input type="checkbox"/> DAE mis à jour/Date d'expiration <input type="checkbox"/> Mise à jour des coordonnées						
Date d'achat du DAE :			Date de mise en service de la pile :			
(*Remplacer les piles tous les 5 ans ou si l'appareil le requiert déjà)						
Souhaitez-vous recevoir des notifications à l'approche de la date d'expiration de votre DAE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Notifications concernant le DAE : <input type="checkbox"/> Même courriel <input type="checkbox"/> Autre courriel :						
C) Renseignements sur le DAE (les cases grisées doivent être remplies uniquement si nécessaire)						
Marque du DAE	Modèle du DAE	Numéro de série	CPR-D Padz	Pedi Pad	Spare CPR-D Padz	Pile
<i>Ex. : (Zoll, Phillips)</i>	<i>(AED PLUS, CR Plus)</i>	<i>(X121565980)</i>	Date d'expiration	Date d'expiration	Date d'expiration	Date d'expiration
			M : ___ A : ___	M : ___ A : ___	M : ___ A : ___	M : ___ A : ___
Emplacement physique du DAE (Hall principal à côté de la réception, 1er étage)						
Accessibilité du DAE		<input type="checkbox"/> Le DAE est-il accessible au public?		<input type="checkbox"/> Le DAE est uniquement destiné à un usage interne/réservé aux employés		
Plages d'utilisation du DAE		<input type="checkbox"/> 24 h Début _____ - Fin _____				
Disponibilité saisonnière		<input type="checkbox"/> Toute l'année Mois en service : _____ Mois hors service : _____				

En signant ce document, j'autorise le KDSB — SMUNO et le Centre intégré de répartition d'ambulances (CIRA) du ministère de la Santé à utiliser les renseignements ci-dessus pour enregistrer l'établissement susmentionné en tant que centre équipé d'un défibrillateur.

Nom (en lettres moulées) : _____ Établissement : _____

Titre : _____

Signature : _____ Date : _____

Ces renseignements sont utilisés pour enregistrer votre établissement auprès du Programme d'accès public à la défibrillation (PAD) du KDSB - SMUNO et du Centre intégré de répartition d'ambulances (CIRA) du ministère de la Santé. L'enregistrement de votre établissement permet au KDSB - SMUNO d'identifier les installations disposant de défibrillateurs automatisés externes et de fournir au CIRA des mises à jour sur le programme d'accès public à la défibrillation dans votre établissement. Votre volonté à remplir ce formulaire est grandement appréciée.

Veuillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Conseil des services du district de Kenora — SMUNO, 211, rue Princess, Dryden, ON P8N 3L5

Téléphone : 807-223-2100 | Télécopieur : 807-223-6500

Courriel : CP@kdsb.on.ca

