

# Hôpital général de Kingston

## Politiques de soutien des soins centrés sur le patient et sa famille

### Introduction

Les politiques de l'établissement ont été révisées et continueront d'être révisées en ayant à l'esprit les soins centrés sur le patient et sa famille. Les trois politiques qui suivent illustrent comment des termes incluant les patients, les familles, leurs besoins et leurs perspectives peuvent commencer à transformer la culture d'une organisation. Parfois, c'est aussi simple que d'ajouter quelques mots. À d'autres occasions, l'esprit de la politique dans son ensemble doit changer, comme dans le cas de la Politique des visites.

### HÔPITAL GÉNÉRAL DE KINGSTON

#### MANUEL DE LA POLITIQUE ADMINISTRATIVE

Objet : Présence de la famille (anciennement intitulé Visites)

Numéro : 07-070

Préparé / revu par : le Conseil consultatif des patients et des familles, le Conseil de la pratique professionnelle, le Conseil des pratiques infirmières, le Comité de réanimation, le Conseil des programmes conjoints, le Comité de la planification et du rendement

Page 2 de 14

Première publication : février 1984

Révisé : avril 2004

Révisé : septembre 2009

Révisé : octobre 2012

Révisé : décembre 2014

Émis par le président et chef de la direction

### Préambule

L'hôpital général de Kingston s'engage à créer un environnement favorisant les soins centrés sur le patient et sa famille, des résultats positifs en matière de santé et de sécurité des patients, de leurs familles, des invités, de notre personnel et de notre communauté.

### Définition

Famille - un groupe de personnes ayant un lien juridique, génétique ou émotionnel permanent. Les patients définissent leur « famille » et la manière dont elle participera aux soins, à la planification des soins et à la prise de décisions. L'hôpital général de Kingston respecte et valorise les familles en tant que partenaires à part entière dans la prestation d'excellents soins.

Invité - visiteur du patient ou de la famille.

## Politique

1. Les familles sont les bienvenues 24 heures sur 24, en fonction des préférences du patient.
2. Le nombre de personnes pouvant être autour d'un patient à un moment donné sera déterminé en collaboration avec le patient, la famille et l'équipe de soins interprofessionnelle. Dans les situations où plusieurs patients partagent la même chambre, cette négociation inclura l'autre patient et sa famille. Dans un souci de sécurité, on accordera également de l'importance aux limites physiques de l'espace.
3. Entre 11 heures du soir et 6 heures du matin, nous encourageons les membres de la famille à entrer par l'entrée principale Davies. Si des membres de la famille sont attendus entre 11 heures du soir et 6 heures du matin, nous vous demandons de bien vouloir contacter le Bureau de la sécurité en composant le 4142 et d'indiquer le nom des personnes concernées et l'heure approximative de leur arrivée. Le personnel de sécurité leur remettra alors un badge d'identification temporaire.
4. Les membres de la famille et les invités qui ne se sentent pas bien, qui ont une infection, qui présentent des symptômes de maladies respiratoires ou de maladies de type grippal ne devraient pas venir à l'hôpital. **Dans ce cas, l'équipe interprofessionnelle permettra à la famille d'être présente grâce à d'autres moyens utilisant la technologie disponible (téléphone, internet, etc.).**
5. Si une épidémie infectieuse nécessite certaines restrictions pour la santé publique, le personnel collaborera avec le patient et sa famille afin de permettre et de garantir que certains membres désignés de la famille soient toujours les bienvenus.
6. Pour la sécurité de nos patients, les familles et les invités sont tenus de se laver les mains avec de l'eau et du savon ou avec un désinfectant pour les mains à base d'alcool en entrant et en sortant de la chambre du patient.
7. Les enfants de moins de 14 ans encadrés par un adulte autre que le patient sont les bienvenus.
8. La visite des animaux (animaux de compagnie, animaux participant à une zoothérapie) doit être organisée à l'avance avec l'équipe interprofessionnelle.
9. On pourra demander aux membres de la famille d'interrompre momentanément leur visite afin de protéger le droit des autres patients à la vie privée ou de maintenir la sécurité.
10. Les personnes qui s'inquiètent de l'application de cette politique devraient aborder la question avec un membre de l'équipe de soins interprofessionnelle du service concerné. Si le problème ne peut être résolu au niveau du service, il pourrait être renvoyé au Service de la sécurité des patients, de la qualité et de la gestion des risques ou au coordonnateur administratif en l'absence du conseiller responsable de la qualité et des relations avec les patients.

## Références

American Academy of Family Physicians. (2009). *Definition of family* (policy statement).  
Leawood, KS: Auteur. Extrait de  
<http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/familydefinitionof.html>

Institute for Patient and Family-Centered Care. (2011). *Changing Hospital Visiting Policies and Practices: Supporting Family Presence and Participation*. Bethesda, MD: Auteur.

Johnson, B., Abraham, M., Conway, J., Simmons, L., Edgman-Levitan, S., Sodomka, P., Schlucter, J., & Ford, D. (2008). *Partnering with patients and families to design a patient and family-centered health care system: Recommendations and promising practices*. Bethesda, MD: Institute for Patient- and Family-Centered Care.

Leape, L., Berwick, D., Clancy, C., Conway, J., Gluck, P., Guest, J., et al. (2009). Transforming healthcare: A safety imperative. *Quality and Safety in Health Care*, 18, 424-428.

Smith, L., Medves, J., Harrison, M., Tranmer, J., & Waytuck, B. (2008). The impact of hospital visiting hour policies on pediatric and adult patients and their visitors. *JBI Library of Systematic Reviews*, 7(2), 38-79.

Signature autorisée

---

Leslee J. Thompson  
Présidente et chef de la direction

## **HÔPITAL GÉNÉRAL DE KINGSTON**

### **MANUEL DE LA POLITIQUE ADMINISTRATIVE**

Objet : Politique administrative - Élaboration / Examen / Révision / Suppression Numéro : 01-060

Préparé par / revu par : le Comité de la gestion des risques et le Comité des opérations

Page 4 de 14

Première publication : février 1985

Révisé : mai 2012

Émis par le président et chef de la direction

#### **Introduction**

La politique administrative reflète nos principes directeurs et nos orientations stratégiques, et fait partie de notre cadre intégré de la qualité. C'est ainsi que les règles et les processus sont documentés et communiqués. Une approche normalisée de la politique administrative définit, clarifie et fournit des orientations au personnel et aux dirigeants des opérations de l'organisation.

Pour que le manuel de la politique administrative serve de guide pratique à l'ensemble du personnel, il est important qu'il soit revu et mis à jour régulièrement. La meilleure façon de procéder est de confier la responsabilité de la coordination du processus à une seule personne.

## **Politique**

1. Les politiques administratives nouvelles, revues, révisées ou supprimées sont approuvées par les parties prenantes concernées et approuvées par le Comité des opérations, +/- le Comité médical consultatif et +/- le conseil d'administration de l'hôpital, avant qu'elles ne soient signées et émises par le président et chef de la direction.
2. Le directeur de l'exploitation est responsable de coordonner la révision et la mise à jour des politiques administratives.
3. Les politiques administratives sont revues au moins une fois tous les trois (3) ans, ou selon les exigences de la législation.

## **Définitions**

Politique administrative : Une politique qui régit la mise en œuvre de plus d'un programme ou la gestion de plus d'un service dans l'organisation ayant trait, par exemple, aux opérations, à la gestion des risques, à la qualité, à la sécurité et à la conduite du personnel. Le contenu de la politique n'a généralement pas de rapport avec les patients.

Partenaire exécutif : Un membre du Comité exécutif de gestion, soit le président et chef de la direction, le directeur de l'exploitation, le vice-président de la recherche en sciences de la santé, le vice-président des services aux employés et de l'efficacité organisationnelle, le vice-président de l'administration clinique et de la pratique professionnelle et directeur des soins infirmiers, le chef des services médicaux et vice-président de l'administration médicale, ou le directeur des communications et du marketing.

Intervenants : Le personnel et les membres affiliés (les médecins, les apprenants bénévoles), **les patients et les familles**, les comités, les conseils, les groupes, les directions, les services, etc. qui sont directement ou indirectement affectés par la politique. Les intervenants clés sont ceux qui sont le plus affectés.

Approbation : Exprime le soutien à la politique proposée.

Adoption : Donne une sanction officielle à la politique proposée.

Révision mineure : Une révision de la politique qui ne change pas l'esprit, le processus ou la mise en œuvre de la politique.

**Procédure** (Consultez l'organigramme de l'annexe A et la liste de vérification de l'annexe D.)

1. Identification d'un besoin d'une politique nouvelle, à revoir, à réviser ou à supprimer :
  - 1.1 Changement de pratique
  - 1.2 Nouvelle législation / modification de la législation
  - 1.3 Normalisation des processus
  - 1.4 Précisions apportées sur un point

2. La personne ayant identifié le besoin d'une politique nouvelle, à revoir, à réviser ou à supprimer cherche à obtenir le soutien de son gestionnaire et / ou d'un administrateur et d'un partenaire exécutif.

3. Un / une responsable en chef est nommé(e) par le partenaire exécutif.

3.1 Le processus d'approbation et d'adoption nécessaire est établi en consultation avec le partenaire exécutif.

3.2 Le Comité médical consultatif et le conseil d'administration peuvent éventuellement faire partie du processus d'approbation et d'adoption.

4. Responsable en chef :

4.1 Il / elle élabore, revoit et révisé la politique et considère les suppressions à effectuer en consultation avec les intervenants - voir le modèle Politique et procédures (Annexe B).

4.2 Il / elle assure le suivi avec le formulaire de suivi et d'impact (Annexe C).

4.3 Il / elle revoit et identifie d'autres politiques qui pourraient faire double emploi et / ou être affectées par des politiques nouvelles, révisées ou supprimées.

5. Le responsable en chef cherche à obtenir l'approbation des intervenants et des comités pertinents tels qu'identifiés en consultation avec le partenaire exécutif.

5.1 Pour les politiques ne nécessitant que des révisions mineures, l'approbation des intervenants n'est pas requise. Le responsable en chef soumet le formulaire de suivi et d'impact au partenaire exécutif par voie électronique.

5.2 On demande l'approbation du Comité médical consultatif et du conseil d'administration, le cas échéant.

6. Dès réception de l'approbation des intervenants, le responsable en chef soumet le formulaire de suivi et d'impact et la politique au partenaire exécutif par voie électronique.

7. Le partenaire exécutif soumet la politique et le formulaire de suivi et d'impact au Comité des opérations pour approbation.

7.1 On demande l'approbation du Comité médical consultatif et du conseil d'administration, le cas échéant.

8. Le partenaire exécutif indique au responsable en chef que la politique a été approuvée.

8.1 Si la politique n'est pas approuvée par le Comité des opérations, le partenaire exécutif et le responsable en chef doivent décider ensemble des prochaines étapes.

9. Responsable en chef :

9.1 Il / elle communique à l'équipe de soutien administratif de la politique la date de publication souhaitée.

9.2 Il / elle envoie le formulaire de suivi et d'impact mis à jour à l'équipe de soutien administratif de la politique.

10. Équipe de soutien administratif de la politique :

10.1 Elle veille à ce que le président du Comité des opérations signe le formulaire de suivi et d'impact.

10.2 Elle veille à ce que le président et chef de la direction signe la politique.

10.3 Elle classe les originaux signés de la politique.

11. Le responsable en chef met en œuvre des plans de communication et d'éducation conformes à la politique nouvelle ou révisée. (Annexes E et F)

12. Équipe de soutien administratif de la politique :

12.1 Elle publie les politiques en ligne.

12.2 Elle communique à l'organisation les mises à jour du manuel.

12.3 Elle s'occupe de l'archivage des politiques périmées et supprimées.

## Références

London Health Sciences Centre Policy Administration Console. Corporate Policy Development, Approval and Maintenance

Hamilton Health Sciences, Policy and Procedure – Protocol

Hotel Dieu Hospital Administrative and Interprofessional Policy and Procedures (2010)

Signature autorisée:

---

Leslee J. Thompson  
Présidente et chef de la direction

Politique 01-060  
Annexe B

## Modèle de politique

### Introduction

Une introduction peut être utilisée pour fournir à l'utilisateur final des renseignements de fond sur la politique. Toutes les politiques n'ont pas besoin d'une introduction.

### Texte de la politique

Énoncé clair et général qui permet de prendre des décisions éclairées, qui prescrit les limites, qui définit clairement les responsabilités et les obligations au sein de l'organisation, et qui donne des orientations à l'organisation dans le respect de la législation provinciale et des règlements de l'Hôpital. Le texte de la politique définit les règles, à qui et quand elles s'appliquent, et, le cas échéant, la raison d'être de la politique. Le texte de politique contribue à la réalisation de la stratégie d'entreprise de l'Hôpital général de Kingston. **La perspective des patients doit être intégrée dans toutes les politiques qui influencent considérablement l'expérience des patients.**

### Définitions

Fournissent les définitions des termes utilisés dans la politique qui pourraient ne pas être entièrement expliqués dans le texte de la politique.

### **Procédure**

Il s'agit de l'aspect mise en œuvre de la politique. Elle fournit les méthodes pédagogiques et opérationnelles (la succession des étapes) nécessaires pour mener à bien une politique. Elle identifie les services et / ou les personnes qui sont les grands responsables. Les étapes de la procédure sont numérotées en utilisant le format normalisé suivant :

1. Les bacs de recyclage sont disponibles dans tout l'établissement.
  - 1.1 Les bacs bleus sont prévus pour les canettes et les bouteilles.
    - 1.1.1. Les canettes et les bouteilles sont déposées dans les bacs.
  - 1.2 Les bacs gris sont prévus pour le papier.
    - 1.2.1 Les paquets de feuilles de papier sont attachés avec de la ficelle.
2. Les Services environnementaux vident les bacs de recyclage à la fin de chaque quart de travail.

### **Références**

Les références comprennent les ressources qui ont été utilisées dans l'élaboration de la politique. Elles peuvent comprendre des lois, des manuels, des articles de journaux, et / ou des normes de pratique.

### **Documents connexes**

Il s'agit de la liste des politiques ou des autres documents de l'Hôpital général de Kingston que le lecteur devrait consulter pour obtenir plus de renseignements. Elle inclut le type de document (par exemple, politique administrative, directive médicale), le numéro et le titre le cas échéant.

## **HÔPITAL GÉNÉRAL DE KINGSTON NOTE D'INFORMATION**

Sujet du rapport : Libellé des descriptions d'emploi

Présenté au Comité des opérations

Présenté par : Eleanor Rivoire, vice-présidente de l'administration clinique et de la pratique professionnelle et chef de la direction des soins infirmiers

Date : le 20 janvier 2012

Pour information et discussion

Statut actuel

### **Informations générales et contexte**

La stratégie HGK 2015, intitulée *Des soins exceptionnels en tout temps*, stipule dans sa première orientation stratégique qu'il convient de « transformer l'expérience du patient en se concentrant sans relâche sur la qualité, la sécurité et le service » et dans sa seconde orientation stratégique qu'il convient de « façonner de nouveaux modèles de soins et d'éducation interprofessionnels ». À l'appui de ces orientations, les « personnes » sont considérées comme l'un des six éléments facilitateurs permettant la réalisation des orientations stratégiques.

Suite aux travaux réalisés sur les orientations stratégiques, il a été décidé d'accorder une attention particulière à la promotion, à la compréhension et au soutien des soins centrés sur le patient et sa famille (SCPF). Le personnel qui travaille pour l'Hôpital général de Kingston, ou qui y sera embauché, reçoit désormais une orientation / formation sur les concepts et les pratiques qui favorisent les soins centrés sur le patient et sa famille. De plus en plus, les personnes dont la candidature est envisagée pour un emploi à l'Hôpital général de Kingston sont interviewées par des comités de sélection qui incluent des conseillers en évaluation de l'expérience des patients qui cherchent à déterminer si les candidats font appel à un raisonnement et à une approche centrés sur le patient.

L'intégration des soins centrés sur le patient et sa famille se poursuit à l'Hôpital général de Kingston dans le cadre des activités du personnel et de la prestation des soins et des services. Les personnes qui appuient le plan de travail SCPF ont identifié un atout supplémentaire au cours de l'entretien d'embauche et, ce faisant, garantissent que toute personne souhaitant travailler à l'Hôpital général de Kingston connaît l'importance accordée à cette approche et aux attentes qui en découlent.

À cette fin, il a été suggéré que toutes les descriptions d'emploi soient révisées pour y inclure des termes qui expliquent clairement ces attentes. Nous soumettons à votre approbation le libellé suivant :

*« En tant qu'employé, vous devez démontrer que vous comprenez la politique des soins centrés sur le patient et sa famille et vous êtes responsable de sa promotion et de son soutien actifs dans tout ce que vous faites. Dans l'exercice de vos fonctions, vous êtes responsable de contribuer à la réalisation de la stratégie d'entreprise de l'Hôpital général de Kingston. »*

Cette déclaration a été présentée au Conseil consultatif des patients et des familles le 16 janvier 2012 et a été approuvée sans changement.

La déclaration a ensuite été présentée au Conseil de la pratique professionnelle le 19 janvier 2012 qui l'a approuvée. Il a été suggéré d'inverser l'ordre des deux phrases et d'encourager ou d'exiger que toutes les offres d'emploi contiennent ce libellé.

### **Recommandation**

On demande le soutien du Comité des opérations, qui supervise la mise en œuvre de la stratégie KGH, pour que toutes les descriptions d'emploi soient révisées pour y inclure la déclaration suivante :



« Dans l'exercice de vos fonctions, vous êtes responsable de contribuer à la réalisation de la stratégie organisationnelle de l'Hôpital général de Kingston. En tant qu'employé, vous devez démontrer que vous comprenez la politique des soins centrés sur le patients et sa famille et vous êtes responsable de sa promotion et de son soutien actifs dans tout ce que vous faites. »

En outre, on demande à ce que toutes les offres d'emploi, internes et externes, contiennent la même déclaration.

## HÔPITAL GÉNÉRAL DE KINGSTON

### MANUEL DE LA POLITIQUE ADMINISTRATIVE

Objet : Port d'un badge d'identité de l'hôpital

Numéro : 02-010

Préparé par : le directeur de la gestion des urgences, de la sécurité et de la sécurité des personnes

Page: 10 de 14

Première publication : février 1973

Révisé : août 2011

Révisé : juillet 2012

Émis par le président et chef de la direction

#### **But**

Le but de cette politique est de protéger les patients, le personnel, les médecins, les bénévoles, les visiteurs et les actifs de l'hôpital, y compris les sites satellites, tout en donnant au personnel et aux médecins l'accès nécessaire pour administrer les soins aux patients et la possibilité d'identifier le personnel, les médecins et les bénévoles lors d'une urgence.

#### **Politique**

Toute personne employée par l'hôpital, ou exerçant des activités reconnues dans l'hôpital, doit porter un badge d'identité approuvé, avec photo, délivré par le Service de la gestion des urgences, de la sécurité et de la sécurité des personnes.

Le badge d'identité approuvé de l'hôpital, avec photo, doit être porté en tout temps avec la photo bien en évidence au niveau de la poitrine et visible en tout temps. Le badge d'identité ne doit pas être modifié de quelque façon que ce soit.

Les badges d'identité sont la propriété de l'Hôpital général de Kingston et doivent être remis par leurs détenteurs aux services de sécurité dès la fin de l'emploi, du contrat, du statut d'étudiant, ou de la visite.

Les détenteurs d'un badge d'identité sont tenus de présenter leur badge de l'hôpital et de donner leur nom complet à la demande de n'importe quel patient, responsable de la sécurité ou membre du personnel.

Les demandes de badges d'identité viennent des Services aux employés pour les employés et les affiliés, de l'Administration des services médicaux pour les médecins, des Services aux bénévoles pour les bénévoles et des Services opérationnels ou du Bureau de la planification conjointe pour les entrepreneurs et les travailleurs de la construction.

L'hôpital fournit trois types de badges d'identité :

Les badges d'identité des employés, des affiliés et du personnel accrédité : ils sont réservés aux employés, aux médecins, aux bénévoles et à ceux qui sont autorisés à travailler à l'Hôpital général de Kingston ou sur des sites satellites comme celui de Belleville Dialysis.

Les badges d'identité des non-employés et des entrepreneurs : ils sont réservés aux étudiants, à la main d'œuvre auxiliaire, aux observateurs, aux moniteurs des études de secteur approuvées par le CER, aux membres universitaires non-médicaux appartenant à des groupes de recherche et de formation en milieu hospitalier, aux administrateurs universitaires non-médicaux, au personnel de soutien ayant des fonctions de liaison nécessitant l'accès à l'hôpital, aux médecins communautaires assistant régulièrement aux séances de formation médicale continue à l'hôpital, au personnel de service, au personnel de livraison et au personnel contractuel ayant une entente avec les Services de la formation, les Services de la recherche, l'Administration des services médicaux ou les chefs de service, et aux entrepreneurs et travailleurs de la construction.

Les badges d'identité temporaires : ils sont réservés aux représentants des ventes et aux visiteurs. Les badges d'identité temporaires sont jetables et n'ont pas de photo.

Les badges d'identité des employés et des affiliés doivent avoir les identifiants suivants :

Le prénom

Le nom de famille

Le poste occupé

Une photo

Le logo de l'Hôpital général de Kingston

Un code à barres, le cas échéant

Les badges d'identité des non-employés doivent avoir deux identifiants supplémentaires :

Une bordure rouge autour de la photo, et

Une date d'expiration imprimée au milieu du badge.

Les badges d'identité temporaires seront identifiés par :

L'identifiant auto-adhésif fixé sur la poitrine de la personne,

Le logo de l'Hôpital général de Kingston, et

Une date d'expiration au milieu du badge. Un badge d'identité temporaire n'est utilisable que pour le jour où il a été émis.

Des frais de remplacement seront facturés pour les badges d'identité perdus, à l'exception des badges d'identité temporaires, et devront être payés au Bureau du caissier. Un reçu devra être présenté au Bureau de la sécurité sur Dietary 1.

Un badge d'identité sert également de lecteur de cartes de proximité pouvant permettre l'accès à certaines zones de l'hôpital, selon les responsabilités et les tâches de son détenteur, telles qu'approuvées par son chef de service. Un badge d'identité ne peut en aucun cas être utilisé par une personne autre que la personne à qui il a été émis et qui porte sa photo. Il ne peut pas non plus être utilisé pour permettre à une autre personne d'accéder à une zone où elle n'est pas autorisée à pénétrer.

L'accès par carte est surveillé et peut être contrôlé par les Services de sécurité avec des vérifications aléatoires visant à identifier toute utilisation non autorisée ou menées dans le cadre d'une enquête.

L'Hôpital général de Kingston reconnaît que certaines circonstances inhabituelles spécifiques peuvent obliger l'hôpital à évaluer la sécurité d'un employé qui peut prouver, grâce à des pièces justificatives (par exemple, un rapport de police ou un plan de sécurité), que le fait d'avoir son nom sur un badge compromettrait sa sécurité au travail. Dans ces cas, un pseudonyme remplacera le nom de famille. Référez-vous à la Procédure d'utilisation d'un pseudonyme. Un pseudonyme sera choisi par les Services aux employés ou les Services de sécurité.

Avant de pouvoir obtenir un badge d'identité, les entrepreneurs doivent se conformer aux exigences du programme de santé et de sécurité au travail des entrepreneurs (politique No. 02-195) et les affiliés doivent se conformer aux exigences de la politique de formation en santé et en sécurité au travail pour les employés et les affiliés (politique No. 02-196).

#### Procédure pour obtenir un badge d'identité des employés et des affiliés

Se rendre aux Services aux employés sur Watkins 4.

Les Services aux employés approuveront la demande et fourniront les renseignements au Service de la gestion des urgences, de la sécurité et de la sécurité des personnes par voie électronique.

Se rendre au Bureau de la sécurité sur Dietary 1 pour obtenir le badge d'identité.

#### Procédure pour obtenir un badge d'identité du personnel accrédité

L'Administration des services médicaux envoie une lettre de nomination au Bureau de la sécurité sur Dietary 1 autorisant la délivrance d'un badge de sécurité.

Se rendre au Bureau de la sécurité sur Dietary 1 pour obtenir le badge d'identité.

#### Procédure pour obtenir un badge d'identité des non-employés

L'autorité compétente fournit une liste de noms au Bureau de la sécurité, avec un formulaire d'autorisation joint.

Les personnes autorisées se rendent au Bureau de la sécurité sur Dietary 1 et présentent leur carte d'étudiant ou leur permis de conduire afin d'obtenir un badge d'identité des non-employés. Le badge d'identité des non-employés sera identifié par une bordure rouge autour de la photo et une date d'expiration en rouge sur le devant du badge.

Pour les étudiants, les dates d'expiration seront basées sur la date d'obtention de leur diplôme.

Pour la main d'œuvre auxiliaire, les observateurs, les moniteurs des études de secteur, les membres universitaires non-médicaux agréés appartenant à des groupes de recherche et de formation, les administrateurs universitaires non-médicaux, le personnel de soutien ayant des fonctions de liaison, et les médecins communautaires assistant régulièrement aux séances de formation médicale continue à l'hôpital, les dates d'expiration seront basées sur la durée de leur activité.

Pour les entrepreneurs, les dates d'expiration seront basées sur la durée du projet.

Pour le personnel de service, les dates d'expiration seront basées sur la durée du contrat ou fixées annuellement.

Dans les cas où une société de service autorisé ne peut pas envoyer un employé de service régulier, un badge d'identité sans photo sera fourni. Dans de tels cas, les termes « contrat de service » seront inscrits à la place de la photo.

#### Procédure pour obtenir un badge d'identité temporaire

Le personnel ou le médecin informe le Bureau de la sécurité au moins 48 heures à l'avance du nom du visiteur, de la date, de l'heure et du lieu du rendez-vous.

Accès à l'hôpital :

Les visiteurs se présentent aux agents de sécurité dans le hall principal Davies.

Les agents de sécurité vérifieront l'identité du visiteur et l'heure du rendez-vous ou de la visite.

Les agents de sécurité prépareront un badge d'identité temporaire et s'assureront que les téléphones portables et les émetteurs non conformes (par exemple, les assistants numériques personnels) sont éteints avant l'entrée dans l'établissement.

#### Procédure d'utilisation d'un pseudonyme

Remplissez une « demande de changement de nom de famille » au Bureau de la sécurité sur Dietary 1 en précisant les circonstances particulières de la demande.

Le Bureau de la sécurité fera parvenir une copie de la demande aux Services aux employés.

Le Bureau de la sécurité et les Services aux employés évalueront la demande.

Si la demande est approuvée, le Bureau de la sécurité émettra un badge d'identité avec le prénom de la personne et un pseudonyme remplaçant le nom de famille.

Le Bureau de la sécurité avisera le Bureau de la pratique professionnelle approprié, le cas échéant.

Le Service de la pratique professionnelle en soins infirmiers avisera le Collège des infirmières et des infirmiers, si une infirmière en fait la demande.

Une infirmière, une infirmière auxiliaire autorisée, ou une infirmière praticienne avisera le directeur général des soins infirmiers.

Les autres professionnels de la santé réglementés ou non réglementés aviseront leur directeur de programme.

Signature autorisée

---

Leslee Thompson  
Présidente et chef de la direction