

## Engagement à l'hygiène des mains (HDM)

Prénom et nom : \_\_\_\_\_

Fonction ou titre d'emploi : \_\_\_\_\_

Je **comprends** que :

- Je dois prendre connaissance de la politique et du protocole relatifs à l'HDM;
- La promotion de l'HDM est une responsabilité individuelle et collective;
- Le non-respect des bonnes pratiques en matière d'HDM peut entraîner des conséquences sur ma santé, celle de mes pairs, des usagers ou leurs proches;
- Dans le cadre de mes fonctions, je serai soumis (e) à des processus de vérification de mon adhésion au comportement attendu.

Par conséquent, **je m'engage** à :

- Procéder à l'HDM dans le cadre de mes activités ou de mon travail;
- Respecter la politique et le protocole relatifs à l'HDM.

Dans le but d'assurer des soins et services de qualité et sécuritaires, **j'ai aussi le devoir** de :

- Aider ou encourager les usagers et leurs proches à procéder à l'HDM;
- Contribuer à l'éducation des personnes se trouvant sur les lieux du CIUSSSCN en les informant des pratiques d'HDM à utiliser (ex. : visiteurs, fournisseurs, sous-traitants, partenaires, contractuels);
- Demander à toute personne qui omettrait de le faire d'appliquer les mesures d'HDM;
- Aviser mon supérieur immédiat de tout comportement inapproprié dont j'ai connaissance en lien avec l'application de la présente politique ainsi que de toute difficulté rencontrée dans l'application des mesures.

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne

\_\_\_\_\_  
N° d'employé (e)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant du CIUSSSCN

\_\_\_\_\_  
Date

Garder la copie originale signée dans le dossier de l'employé et acheminer une copie par courriel à: [avantagessociaux.ciuusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:avantagessociaux.ciuusscn@ssss.gouv.qc.ca)

*Adapté de l'Engagement à l'hygiène des mains au CHU de Québec, Politique d'hygiène des mains du CHU de Québec, février 2014*