

**AVIS TYPE D'IMPLANTATION D'UN
PROGRAMME D'ACCÈS À LA DÉFIBRILLATION (PAD)**

Vous êtes sur le point d'implanter dans votre milieu un programme d'accès à la défibrillation ou vous possédez déjà un défibrillateur externe automatisé. La Direction médicale régionale des services préhospitaliers d'urgence vous félicite de cette initiative qui aidera à solidifier notre chaîne d'intervention préhospitalière. De cette façon, vous contribuerez sûrement à la réduction du taux de mortalité et de morbidité relié à la mort subite d'origine cardiaque.

Selon ses rôles et responsabilités, notre organisation se doit d'être au fait des activités reliées à la défibrillation sur son territoire et ainsi être en mesure d'en dresser le bilan. Pour ce faire, nous vous invitons à compléter le formulaire ci-joint en prenant soin d'y inscrire les renseignements les plus exacts possibles et de nous le faire parvenir au plus tôt. De plus, dans l'éventualité où une intervention serait faite avec un de vos appareils, il sera important de nous faire parvenir les renseignements à l'aide du formulaire ci-joint ainsi que les données qui auront été enregistrées par le DEA, le cas échéant.

Afin de maximiser l'efficacité de votre PAD, nous désirons vous rappeler qu'il est fortement conseillé de vous assurer de la disponibilité de gens formés et entraînés à la réanimation cardiorespiratoire et à la défibrillation externe automatisée dans votre milieu ainsi que de voir au bon entretien de votre matériel.

N'hésitez surtout pas à entrer en communication avec nous si de plus amples renseignements vous étaient nécessaires.

La Direction médicale des services préhospitaliers d'urgence.

INFORMATIONS SUR LE SERVICE

Programme de défibrillation externe automatisée

Date : ____ / ____ / ____

Nom de la compagnie ou de l'établissement : _____

Site d'utilisation du DEA (adresse) : _____

Périodes de disponibilité du service :

Directeur médical local s'il y a lieu : _____

de pratique : _____

Date d'entrée en vigueur du programme : _____

Responsable du programme DEA :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : (____) _____

Téléavertisseur:(____) _____

Courriel : _____

Organisme responsable de la formation : _____

Responsable de l'organisme de formation : _____

Nombre d'intervenants actifs dans le service : _____

Pour chaque DEA sur le site, indiquez la marque, le modèle, le numéro de série et la localisation :

1 : _____ #2 : _____

3 : _____ #4 : _____