

Formulaire d'engagement de la direction

Je soussigné (nom, prénom),
Directeur de l'établissement (nom, ville),
m'engage par la présente à soutenir et faciliter la mise en œuvre au sein de mon établissement
d'un Programme d'amélioration continue du travail en équipe (Pacte)

au sein des unités/services/pôles suivants :

Il appartient à l'établissement de tenir informé de la démarche :

- Les directions fonctionnelles concernées (direction des soins, direction des RH.....) ;
- la Commission / conférence médicale d'établissement (CME) ;
- la direction qualité de l'établissement ;
- le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins de l'établissement ;
- la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ;
- la Commission des Soins Infirmiers, Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT).

Cet engagement prend effet à compter de l'envoi de ce formulaire d'engagement.

Signatures :

- Le directeur d'établissement ou le représentant légal de l'établissement ;
- Le président de la commission médicale d'établissement ou la conférence médicale d'établissement (CME)
- Le(s) chef(s) de pôle(s), service(s), unité(s) de soin(s)
- Le directeur des soins infirmiers

Fait à

Le

Le directeur de
l'établissement

Le président de CME

Le(s) chef(s) de pôle(s),
service(s), unité(s) de
soin(s)

Le directeur des
soins infirmiers