

ANNEXE 1 – MODÈLE DE LETTRE DE DEMANDE D'INTERVENTION



Montréal, le _____

Service de police de la ville de Montréal
Poste de quartier _____
Télécopieur 514-280-06 _____

OBJET : Application de la décision de la Commission d'examen des troubles mentaux (CETM) en date du _____. Demande d'intervention policière pour : _____
DDN : _____ # Dossier SAS-M-_____ Installations : _____
Statut : Libération sous réserves de modalités avec une délégation de pouvoir (art. 672.56 C.Cr)

Madame, Monsieur,

La personne en titre fait l'objet d'un verdict de non-responsabilité criminelle ou d'un verdict d'inaptitude à subir son procès en vertu du Code Criminel (art. 2, 16, 672.1 à 672.95). Elle a été placée sous la juridiction du Tribunal administratif du Québec (désigné comme la CETM) et la CETM a octroyé une délégation de pouvoirs au CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (l'Hôpital de l'Est-de-l'Île-de-Montréal), soit l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal.

Les membres de son équipe traitante sont inquiets et considèrent que cette personne démontre une dangerosité pour la sécurité du public qui nécessite l'application de la délégation de pouvoirs. Par la présente, nous vous demandons de la conduire dans les plus brefs délais à l'urgence de l'installation : _____ (sous réserve de l'état physique de la personne).

Vous pouvez rejoindre un membre de l'équipe traitante au _____

En vous remerciant de votre précieuse collaboration, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs

Nom et prénom du médecin qui autorise l'application de la délégation _____
Nom et prénom (en lettres moulées) de la personne qui signe la présente _____
Signature (du médecin ou de son remplaçant): _____

NB : JOINDRE UNE COPIE DU DERNIER PROCÈS-VERBAL D'AUDIENCE ET LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'INTERVENTION.



NO DE DOSSIER :	_____
NOM / PRÉNOM :	_____
DATE DE NAISSANCE :	_____
NO D'ASS. MALADIE :	_____ Exp. : _____
MÉDECIN TRAITANT :	Dr _____
UNITÉ / CLIN. / PROG. :	_____

REMPLIR TOUTES LES SECTIONS APPLICABLES AVEC RIGUEUR

NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT SPVM	DATE	NUMÉRO D'ÉVÉNEMENT SÉCURITÉ CIUSSS-EMTL	CODE SPVM
-------------------------	------	---	-----------

DEMANDE D'INTERVENTION POLICIÈRE - Usager du CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal

SECTION A - TYPE DE DEMANDE D'INTERVENTION (À remplir obligatoirement)

<input type="checkbox"/> DISPARITION	<input type="checkbox"/> ACTIVATION DE LA DÉLÉGATION DE POUVOIRS (CETM)
<input type="checkbox"/> ÉVASION DE GARDE LÉGALE	<input type="checkbox"/> ACTIVATION AUTORISATION DE TRAITEMENT OU D'HÉBERGEMENT

SECTION B - STATUT DE LA PERSONNE RECHERCHÉE (À remplir obligatoirement)

<input type="checkbox"/> HOSPITALISATION VOLONTAIRE	<input type="checkbox"/> TAQ/CETM-DÉTENTION AVEC MODALITÉS	<input type="checkbox"/> ORDONNANCE DE TRAITEMENTS ET/OU HÉBERGEMENT
<input type="checkbox"/> GARDE PRÉVENTIVE	<input type="checkbox"/> TAQ/CETM-DÉTENTION STRICTE	<input type="checkbox"/> ORDONNANCE DE LA COUR CRIMINELLE
<input type="checkbox"/> GARDE PROVISOIRE	<input type="checkbox"/> TAQ-CETM-LIBÉRATION AVEC MODALITÉS ET DÉLÉGATION DE POUVOIRS	
<input type="checkbox"/> GARDE EN ÉTABLISSEMENT		

ORDONNANCE _____

<input type="checkbox"/> SOUS CURATELLE	<input type="checkbox"/> SOUS TUTELLE : NOM DU REPRÉSENTANT _____	TÉL. : _____
---	---	--------------

SECTION C - LIEU DE L'ÉVÉNEMENT (À remplir si la personne est disparue ou en évasion)

ADRESSE (NUMÉRO CIVIQUE)	MUNICIPALITÉ	CODE POSTAL
SI L'USAGER EST DISPARU/EN FUGUE/EN ÉVASION-DERNIÈRE FOIS VU (aaaa-mm-jj / hh : mm)		ÉVÉNEMENT RAPPORTÉ LE (aaaa-mm-jj / hh : mm)

SECTION D - IDENTIFICATION ET DESCRIPTION DE LA PERSONNE (À remplir obligatoirement)

NOM / PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE (aaaa-mm-jj)	NO DOSSIER CIUSSS-EMTL	
ADRESSE PERSONNELLE DE L'USAGER (Numéro, rue, appartement, ville)				CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (Maison)	TÉLÉPHONE (Travail)	TÉLÉPHONE (Cellulaire)	LANGUE PARLÉE	
RÉSEAUX SOCIAUX		ADRESSE COURRIEL		
SEXE	NATIONALITÉ	COULEUR DE LA PEAU	TALLE	POIDS
COULEUR DES YEUX		COULEUR DES CHEVEUX		LONGUEUR DES CHEVEUX
PHOTO DISPONIBLE	ANNÉE DE LA PHOTO (aaaa-mm-jj)	PHOTO REMISE AUX POLICIERS	FICHE DENTAIRE DISPONIBLE	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
CHAUSSURES	<input type="checkbox"/> PANTALON	<input type="checkbox"/> CHAPEAU	<input type="checkbox"/> CHANDAL	<input type="checkbox"/> MANTEAU LONG
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> JUPE	<input type="checkbox"/> CASQUETTE	<input type="checkbox"/> BLOUSE OU CHEMISE	<input type="checkbox"/> MANTEAU COURT
COULEUR	<input type="checkbox"/> ROBE	<input type="checkbox"/> TUQUE	COULEUR	COULEUR
MARQUE OU STYLE	COULEUR	COULEUR	MARQUE OU STYLE	MARQUE OU STYLE
_____	_____	_____	CARACTÉRISTIQUE (LAINE, COTON, AUTRE)	CARACTÉRISTIQUE (LAINE, COTON, AUTRE)
			_____	_____

SIGNES DISTINCTIFS (cicatrice, handicap, tatouage, piercing, barbe, moustache, lunette, bijou, habillement particulier) PRÉCISEZ :

Nom de l'usager : _____	N° dossier : _____
EN POSSESSION DE PIÈCES D'IDENTITÉ ARGENT ET MOYENS DE COMMUNICATION <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> CARTE DE CRÉDIT (CIE ÉMETTRICE ET INSTITUTION BANCAIRE) : _____ <input type="checkbox"/> PASSE D'AUTOBUS SI OUI, LESQUELLES : _____ <input type="checkbox"/> CARTE DE DÉBIT (CIE ÉMETTRICE ET INSTITUTION BANCAIRE) : _____ <input type="checkbox"/> ARGENT (MONTANT) : _____ _____ _____ _____	

SECTION E - MÉDICATION «ESSENTIELLE À LA SURVIE DE LA PERSONNE» (À remplir obligatoirement)

EST-CE QUE LA PERSONNE VISÉE PAR LA DEMANDE D'INTERVENTION NÉCESSITE UNE MÉDICATION QUI DOIT ÊTRE PRISE EN URGENCE ET QUI PEUT COMPROMETTRE SA SANTÉ OU CELLE D'AUTRUI SI ELLE N'EST PAS ADMINISTRÉE EN URGENCE? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	COMMENTAIRES (Conséquences / symptômes si arrêt de prise de médicaments)
--	--

SECTION F - FACTEURS DE RISQUE (À remplir obligatoirement)

DANGÉROSITÉ ENVERS ELLE-MÊME : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> AUTOMUTILATION <input type="checkbox"/> SUICIDAIRE <input type="checkbox"/> CHERCHE À S'ISOLER	DANGÉROSITÉ ENVERS AUTRUI : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> VERBALE <input type="checkbox"/> PHYSIQUE
RÉACTION POSSIBLE LORSQUE LOCALISÉE : <input type="checkbox"/> FUITE <input type="checkbox"/> AGRESSIVITÉ <input type="checkbox"/> COOPÉRATION	SI DANGÉROSITÉ, SPÉCIFIER EN QUOI LA PERSONNE PEUT ÊTRE DANGEREUSE, RISQUE APPRÉHENDÉ (Ex : port d'arme, paroles prononcées, discours agressif, pathologies) :

SECTION G - CONDITION CLINIQUE PARTICULIÈRE DE LA PERSONNE

<input type="checkbox"/> CONFUSE	<input type="checkbox"/> MÉFIANTE	<input type="checkbox"/> DÉPENDANCE (jeux)	<input type="checkbox"/> NON-VOYANTE	<input type="checkbox"/> DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES
<input type="checkbox"/> CALME	<input type="checkbox"/> FIXATIONS	<input type="checkbox"/> DÉPENDANCE (drogue, alcool)	<input type="checkbox"/> DIABÉTIQUE	<input type="checkbox"/> COMPRÉHENSION LIMITÉE
<input type="checkbox"/> MUETTE	<input type="checkbox"/> PARANOIA	<input type="checkbox"/> TROUBLE COGNITIF	<input type="checkbox"/> CARDIAQUE	<input type="checkbox"/> TROUBLE DU SPECTRE DE L'AUTISME
<input type="checkbox"/> HALLUCINÉE	<input type="checkbox"/> DÉPRESSIVE	<input type="checkbox"/> CONVULSION POSSIBLE	<input type="checkbox"/> MÉMOIRE ALTÉRÉE	<input type="checkbox"/> CAPACITÉ À SE DÉPLACER, S'ORIENTER
<input type="checkbox"/> DÉLIRANTE	<input type="checkbox"/> DÉSORIENTÉE	<input type="checkbox"/> IMPULSIVITÉ-AGRESSIVITÉ	<input type="checkbox"/> MALENTENDANTE	

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES IMPORTANTES :

SECTION H - DISPARITIONS ANTÉRIEURES (À remplir si la personne est disparue, en fugue ou en évasion)

ENDROIT DE LOCALISATION	NOMBRE DE DISPARITIONS ANTÉRIEURES
ENDROIT DE LOCALISATION	
ENDROIT DE LOCALISATION	

SECTION I - ENDROITS FRÉQUENTÉS OÙ DIRIGER LES RECHERCHES (À remplir obligatoirement)

ENDROIT	ADRESSE	TÉLÉPHONE () -
ENDROIT	ADRESSE	TÉLÉPHONE () -
ENDROIT	ADRESSE	TÉLÉPHONE () -

SECTION J - RECHERCHES PRÉLIMINAIRES SUR LES LIEUX (À remplir obligatoirement)

VUE POUR LA DERNIÈRE FOIS, À QUEL ENDROIT

FOUILLE DE L'ÉTABLISSEMENT :	PAR QUI	HEURE (hh:mm)
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
PERSONNES SIGNIFICATIVES AVISÉES (Nom et prénom)		QUAND

Nom de l'utilisateur :		N° dossier :	
SECTION K - DEMANDEUR (QUI FAIT LA DEMANDE D'INTERVENTION AU SPVM) (À remplir obligatoirement)			
NOM ET PRÉNOM		FONCTION	APPEL À LA SÉCURITÉ (aaaa-mm-jj/hh:mm)
TÉLÉPHONE	POSTE	A CONSTATÉ L'ABSENCE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	DATE ET HEURE (aaaa-mm-jj/hh:mm)
SECTION L - PERSONNE RESPONSABLE DU SUIVI (Chef d'unité, assistant) (À remplir obligatoirement)			
NOM ET PRÉNOM		FONCTION	TÉLÉPHONE (Poste)
SECTION M - PERSONNE AYANT FAIT L'APPEL AU SPVM (Si différente de la personne section K, ex : service de sécurité à l'IUSMM)			
NOM ET PRÉNOM		FONCTION	TÉLÉPHONE (Poste)
DATE DE L'INTERVENTION (aaaa-mm-jj)		NO DE DOSSIER	HEURE DE L'APPEL
		NOM ET PRÉNOM	
SECTION N - PERSONNE DISPARUE LOCALISÉE (Section à compléter par CIUSSS-EMTL ou SPVM)			
DATE (aaaa-mm-jj)	HEURE (hh:mm)	PAR	<input type="checkbox"/> REVENUE D'ELLE-MÊME
ENDROIT			
ÉTAT DE LA PERSONNE			
EMPLOI DU TEMPS ET ACTIVITÉS DURANT SA DISPARITION			
NOTES / COMMENTAIRES			
LORSQUE LA PERSONNE REVIENT PAR ELLE-MÊME OU EST RETROUVÉE PAR UN EMPLOYÉ DE L'ÉTABLISSEMENT :		LORSQUE LA PERSONNE EST RETROUVÉE PAR LE SPVM :	
1. L'infirmière avise... → la sécurité : (aaaa-mm-jj) (hh : mm)		1. le SPVM avise... → l'infirmière de l'urgence : (aaaa-mm-jj) (hh : mm)	
NOM DE L'AGENT D'INTERVENTION AVISÉ		NOM DE L'INFIRMIÈRE AVISÉE	
2. La sécurité avise... → le SPVM : (aaaa-mm-jj) (hh : mm)		2. L'infirmière de l'urgence avise... → la sécurité : (aaaa-mm-jj) (hh : mm)	
NOM DU POLICIER DU SPVM AVISÉ		NOM DE L'AGENT D'INTERVENTION AVISÉ	
SECTION O - RÉSERVÉE AU SPVM (Vérification et mise à jour)			
8888 AVISÉ / NOM DE L'OPÉRATEUR		DATE : (aaaa-mm-jj)	HEURE : (hh : mm)
SIGNATURE DU POLICIER	UNITÉ	(aaaa-mm-jj)	MATRICULE
SIGNATURE DU SUPERVISEUR	UNITÉ	(aaaa-mm-jj)	MATRICULE