

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



EST20042

N° Dossier : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____
 Nom, Prénom : _____
 Nom de la mère : _____
 Adresse : _____
 Téléphone : _____
 NAM : _____ Expiration : _____

RAPPORT D'ADMISSION EN GARDE PRÉVENTIVE (72 hres max.)

Art. 7, Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Loi P-38.001)

LIEU

Arrivée à l'urgence

En cours d'hospitalisation

Transfert interétablissement

Policiers Ambulanciers Tiers, famille (lien avec la personne) : _____

Venue d'elle-même

Prise en charge : _____ Date et heure fin garde préventive : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR HH/MM ANNÉE - MOIS - JOUR HH/MM

J'ai constaté que cette personne présente un **état mental constituant un danger grave et immédiat** pour elle-même ou pour autrui ET il y a absence de consentement à son hospitalisation. Conséquemment, il est nécessaire de la mettre sous **garde préventive**. Les faits et observations suivants supportent mon opinion :

Cochez ce qui s'applique

Évaluation de la dangerosité

- Idées suicidaires et/ou de violence envers autrui
 Intentions suicidaires et/ou de violence envers autrui
 Plan suicidaire et/ou de violence envers autrui
 Gestes suicidaires et/ou de violence envers autrui
 Désorganisation mentale et/ou comportementale associée à un risque pour la sécurité

Évaluation du jugement et de l'autocritique

- Sous l'effet de l'alcool et/ou de drogues (substances psychoactives)
 Alliance thérapeutique difficile
 Adhésion difficile au plan de traitement
 Fiabilité générale difficile

Renseignements pertinents relatifs à la mise sous garde préventive

Nom du médecin ou de l'IPS : _____ No de permis : _____
(en lettres moulées)

Signature du médecin ou de l'IPS : _____ Date et heure : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR / HH : MM

INTERDICTION OU RESTRICTION À CERTAINES COMMUNICATIONS

- Ne s'applique pas
 Oui => Compléter le **Formulaire d'interdiction ou de restriction à certaines communications**
 Copie au dossier Remise à la personne sous garde

AVIS AU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS : Garde préventive : Faxer la première page du formulaire au 514-252-3850 pour les sites HMR et HSCO. Faxer au 514-251-2964 pour le site IUSMM. Puis verser ces documents au dossier.

Date et heure de transmission : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR / HH : MM

AVIS au titulaire de l'autorité parentale / ou représentant légal :

Date et heure : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR / HH : MM

(Rév. : 2021-10-04)

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom du patient :

N° dossier :

REFUS OU ABSENCE DE CONSENTEMENT À L'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Refus de la personne

- Malgré les tentatives d'expliquer à la personne le but de l'évaluation psychiatrique ainsi que celui des autres examens requis par sa condition (le cas échéant), celle-ci a refusé de s'y soumettre.

OU

Absence de consentement de la personne en raison de l'INAPTITUDE à consentir et

- De l'absence de représentant légal*
- Du refus du représentant légal*
- D'opposition de la personne au consentement fourni par le représentant légal*

Si pertinent, documenter l'inaptitude :

*Dans le cas de garde en établissement, seul le **représentant légal** (mandataire, tuteur, curateur ou titulaire de l'autorité parentale) peut donner le consentement. À moins d'être le représentant légal, un conjoint, un proche parent ou toute personne intéressée (ex. : ami intime) ne peut donner de consentement substitué.

DEMANDE DE GARDE PROVISOIRE EN VUE D'UNE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

J'ai des motifs sérieux de croire que cette personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui en raison de son état mental et qu'elle devrait être gardée provisoirement dans un établissement de santé pour y subir une évaluation psychiatrique.

Autres faits pertinents, le cas échéant :

Opinion du médecin

- Compte tenu de ce qui précède, je recommande que le **CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal** entreprenne des démarches judiciaires afin que la personne mentionnée, ci-dessus soit gardée provisoirement en vue d'une évaluation psychiatrique.

Procédure et audition

- Je suis d'avis que l'utilisateur ne doit pas être informé de la demande en vue de sa garde provisoire (justifier cet avis).

Motifs : _____

- Je suis d'avis qu'il est manifestement inutile d'exiger le témoignage de cette personne (justifier cet avis).

Motifs : _____

Nom du médecin : _____ No de permis : _____
(en lettres moulées)

Signature du médecin : _____ Date et heure : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR / HH : MM

AVIS AU DIRECTEUR DES SERVICES PROFESSIONNELS : Demande de garde provisoire : Faxer recto et verso du formulaire au SAJ : 514-251-2964. / **Demande de garde autorisée** : Faxer recto et verso du formulaire avec les 2 évaluations psychiatriques au SAJ : 514-251-2964. Puis verser ces documents au dossier.

Date et heure de transmission : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR / HH : MM

AVIS au titulaire de l'autorité parentale / ou représentant légal : _____
Date et heure : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR / HH : MM

(Rév. : 2021-10-04)

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES