



Hôpital Maisonneuve-Rosemont



HMIR40285

N° Dossier :

Date de naissance :

Sexe :

Nom, Prénom :

Nom de la mère :

Adresse :

Téléphone :

NAM :

Expiration :

SUIVI DE LA TRANSMISSION DES INFORMATIONS EN CONTEXTE DE GARDE EN ÉTABLISSEMENT

TRANSMISSION D'INFORMATIONS

Certaines informations doivent être communiquées à la personne¹ :

- Dès la prise en charge par le CEMTL, notamment :
 - lorsqu'une personne est amenée, souvent contre son gré en et urgence, par un agent de la paix ET que le médecin juge nécessaire de la mettre sous garde préventive;
 - lorsqu'une personne est amenée à l'établissement conformément à une ordonnance de garde provisoire de la Cour du Québec pour qu'elle soit gardée afin d'y subir une évaluation psychiatrique;
- Dès la réception de l'ordonnance de garde provisoire de la Cour du Québec dans le cas où une personne est DÉJÀ sous garde préventive;
OU
- Dès que la personne semble en mesure de comprendre.

REMISE DE LA TROUSSE EXPLICATIVE²

Remise de la trousse destinée à la personne mise sous garde (**QU'IMPORTE LE TYPE DE GARDE**)

Signature⁵ : _____

Date : _____

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

Section - GARDE PRÉVENTIVE

Cochez ce qui s'applique

La personne est arrivée à l'établissement **DÉJÀ sous garde préventive** (transfert)

La personne fait l'objet d'une **mise sous garde préventive**

Date et heure

Date et heure de fin

Mise sous garde préventive

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

J'ai validé la compréhension des informations suivantes par la personne :

- Confirmation de la garde préventive**
- Confirmation du **lieu** de la garde préventive
- Explication des **motifs** de la garde préventive (danger grave et immédiat pour la personne ou pour autrui)
- Explication du **droit de communiquer** en toute confidentialité avec un proche³ et/ou un avocat
- Indication de l'espace **prévu pour les communications confidentielles** de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès
- Explication du **déroulement** de la garde préventive

DÉROULEMENT DE LA GARDE PRÉVENTIVE

- Possibilité de garder la personne pour un maximum de **72 heures**, à l'hôpital (sans son consentement ou sans l'autorisation du tribunal)
- **Possibilité de libération** si, selon l'évaluation du psychiatre, il n'y a plus de danger grave et immédiat
- Possibilité qu'une **évaluation psychiatrique** soit faite (2 examens faits par deux psychiatres), *le cas échéant : 1) avec consentement de la personne OU 2) avec l'autorisation du tribunal, en cas de refus (possibilité de demande de garde provisoire)*
- Si demande de garde provisoire : possibilité à la personne d'être présente en Cour pour contester, d'être assistée d'un avocat pour faire valoir ses droits et c'est le juge qui décidera si la garde est nécessaire

Signature⁵ : _____

Date : _____

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

1. Il s'agit du lieu et du motif de garde, ainsi que du droit de communiquer immédiatement avec ses proches et un avocat. Voir : RLRQ, c. P-38.001, art. 15.

2. La trousse inclut le dépliant explicatif « Droits et recours des personnes mises sous garde. Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui » et les coordonnées complètes des ressources pertinentes suivantes : Bureau régional d'aide juridique, Groupe de promotion et de défense des droits en santé mentale de la région, Comité des usagers du CEMTL, Commissaire aux plaintes et à la qualité du CEMTL.

3. En cas d'interdiction ou de restriction à certaines communications, le Formulaire d'interdiction ou de restriction à certaines communications doit être complété par le médecin. 5. Signature par le membre du personnel ayant remis l'information.

(2021-09-29)

Nom du patient :

N° dossier :

Section - DEMANDE DE GARDE PROVISOIRE

- La personne a été informée de la demande de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique
 Auquel cas, le **déroulement** de la garde provisoire lui a été expliqué (voir encadré «déroulement de la garde provisoire»)
- La personne n'a pas été informée puisque le médecin ou le psychiatre est d'avis qu'elle ne doit pas être informée de la demande en vue de sa garde provisoire
- Consulter la section procédure et audition du formulaire **Rapport d'admission en garde préventive et demande de garde provisoire** pour la justification de cet avis de la part du médecin.*

Signature⁵ : _____ Date : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

DÉROULEMENT DE LA GARDE PROVISOIRE

PERSONNE DÉJÀ SOUS GARDE PRÉVENTIVE 1 ^{er} examen psychiatrique dans les 24 heures de l'ordonnance du tribunal 24 heures de l'ordonnance du tribunal 2 ^e examen dans les 48 heures de l'ordonnance	PERSONNE PAS SOUS GARDE PRÉVENTIVE 1 ^{er} examen psychiatrique dans les 24 heures suivant la prise en charge par l'hôpital 2 ^e examen au plus tard dans les 96 heures suivant la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> Après chacun des examens, les possibilités : levée de garde provisoire, congé ou hospitalisation de plein gré Si applicable, en cas de refus d'être hospitalisée : une demande sera déposée à la Cour pour demander l'autorisation de garder la personne contre son gré (<i>possibilité de demande de garde autorisée</i>) Si demande de garde autorisée : Possibilité à la personne d'être présente en Cour pour contester, d'être assistée d'un avocat pour faire valoir ses droits et c'est le juge qui décidera si la garde est nécessaire
--	---	--

Section - GARDE PROVISOIRE (ordonnance émise)

Cochez ce qui s'applique	Date et heure de début	Date et heure de fin
<input type="checkbox"/> La personne fait l'objet d'une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique alors qu'elle est DÉJÀ sous garde préventive <input type="checkbox"/> La personne fait l'objet d'une ordonnance de garde provisoire en vue d'une évaluation psychiatrique alors qu'elle n'est PAS sous garde préventive	Ordonnance de garde provisoire _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>	_____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>
J'ai validé la compréhension des informations suivantes par la personne : <input type="checkbox"/> Confirmation de la garde provisoire <input type="checkbox"/> Confirmation du lieu de la garde provisoire <input type="checkbox"/> Explication des motifs de la garde provisoire (évaluation psychiatrique) <input type="checkbox"/> Explication du droit de communiquer en toute confidentialité avec un proche ⁴ et/ou un avocat <input type="checkbox"/> Indication de l'espace prévu pour les communications confidentielles de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès <input type="checkbox"/> Explication du déroulement de la garde provisoire	Date premier examen _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>	Date limite 2^e examen _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>
Signature ⁵ : _____ Date : _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>		

Section - GARDE AUTORISÉE (ordonnance émise)

Cochez ce qui s'applique	Date et heure	Date et heure de fin
<input type="checkbox"/> La personne fait l'objet d'une ordonnance de garde autorisée alors qu'elle est DÉJÀ au CEMTL <input type="checkbox"/> La personne est arrivée au CEMTL avec une ordonnance de garde autorisée	Ordonnance de garde autorisée _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>	_____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>
J'ai validé la compréhension des informations suivantes par la personne : <input type="checkbox"/> Confirmation de la garde autorisée <input type="checkbox"/> Explication du déroulement de la garde autorisée <input type="checkbox"/> Confirmation du lieu de la garde autorisée <input type="checkbox"/> Explication des motifs de la garde autorisée <input type="checkbox"/> Explication du droit de communiquer en toute confidentialité avec un proche ⁴ et/ou un avocat <input type="checkbox"/> Indication de l'espace prévu pour les communications confidentielles de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès		
Signature ⁵ : _____ Date : _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM</small>		
4. En cas d'interdiction ou de restriction à certaines communications, le formulaire Interdiction ou de restriction à certaines communications doit être complété par le médecin. 5. Signature par la personne ayant remis l'information.		

(2021-09-29)

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

Nom du patient :

N° dossier :

Section - GARDE AUTORISÉE RENOUVELLEMENT (ordonnance émise)

Cochez ce qui s'applique

Date et heure

Date et heure de fin

- La personne fait l'objet d'une **ordonnance de garde autorisée** alors qu'elle est **DÉJÀ au CEMTL**
- La personne est arrivée au CEMTL avec une **ordonnance de garde autorisée**

Ordonnance de garde autorisée

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

J'ai validé la compréhension des informations suivantes par la personne :

- Confirmation de la garde autorisée** **Explication du déroulement de la garde autorisée**
- Confirmation du **lieu** de la garde autorisée
- Explication des **motifs** de la garde autorisée
- Explication du **droit de communiquer** en toute confidentialité avec un proche⁴ et/ou un avocat
- Indication de l'espace **prévu pour les communications confidentielles** de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès

Signature⁵ : _____

Date : _____

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

Section - GARDE AUTORISÉE RENOUVELLEMENT (ordonnance émise)

Cochez ce qui s'applique

Date et heure

Date et heure de fin

- La personne fait l'objet d'une **ordonnance de garde autorisée** alors qu'elle est **DÉJÀ au CEMTL**
- La personne est arrivée au CEMTL avec une **ordonnance de garde autorisée**

Ordonnance de garde autorisée

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

J'ai validé la compréhension des informations suivantes par la personne :

- Confirmation de la garde autorisée** **Explication du déroulement de la garde autorisée**
- Confirmation du **lieu** de la garde autorisée
- Explication des **motifs** de la garde autorisée
- Explication du **droit de communiquer** en toute confidentialité avec un proche⁴ et/ou un avocat
- Indication de l'espace **prévu pour les communications confidentielles** de la personne et explication de la marche à suivre pour y avoir accès

Signature⁵ : _____

Date : _____

ANNÉE - MOIS - JOUR HH:MM

NE RIEN ÉCRIRE DANS LES MARGES

5. Signature par le membre du personnel ayant remis l'information.

(2021-09-29)