

NOM _____
PRÉNOM _____
DATE DE NAISSANCE _____
NAM _____

ÉVALUATION DE LA CONDITION MENTALE ET COGNITIVE EN PRÉVISION D'UN TRANSPORT AÉROPORTÉ

DATE DE L'ÉVALUATION : _____

DIAGNOSTIC ACTUEL DE LA CONDITION MENTALE | ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES ET JUDICIAIRES

PSYCHOSE ACTIVE OUI NON

AUCUN

FONCTIONS COGNITIVES | PERCEPTIONS

ESPACE ORIENTÉ DÉSORIENTÉ

TEMPS ORIENTÉ DÉSORIENTÉ

PERSONNE ORIENTÉ DÉSORIENTÉ

HALLUCINATIONS OUI NON

SI OUI : VISUELLES AUDITIVES

DÉLIRE OUI NON

TYPE DE DÉLIRE : _____

JUGEMENT ADÉQUAT INADÉQUAT

AUTOCRITIQUE

BONNE PARTIELLE SUPERFICIELLE ABSENTE

HABITUDES | TYPE DE SURVEILLANCE REQUIS

TABAC OUI NON

DROGUE OUI NON

ALCOOL OUI NON

AUCUNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE

DISCRÈTE : RISQUE LÉGER POUR LUI-MÊME OU AUTRUI

ÉTROITE : RISQUE MODÉRÉ POUR LUI-MÊME OU AUTRUI

CONSTANTE : RISQUE ÉLEVÉ POUR LUI-MÊME OU AUTRUI

COMPORTEMENTS

AGITATION

AUCUNE

MODÉRÉE (CHERCHE À SAISIR DES OBJETS ETC.)

INTENSE (RISQUE DE DÉTACHER SA CEINTURE DE SÉCURITÉ, OU DE SE LEVER)

COLLABORATION

AUCUNE BONNE FLUCTUANTE

RISQUE DE FUGUE

OUI NON

AGRESSIVITÉ

OUI NON

PEUR DE L'AVION

OUI NON

POTENTIEL DE DANGÉROSITÉ | RISQUES SUICIDAIRES | ASPECT LÉGAL

VIOLENCE ANTÉRIEURE

NON OUI : VERBALE PHYSIQUE

VIOLENCE ACTUELLE

NON OUI : VERBALE PHYSIQUE

IDÉES HOMICIDAIRES

NON OUI

IDÉES SUICIDAIRES ACTUELLEMENT

OUI NON

PLAN

OUI NON

INTENTION DE PASSER À L'ACTE

OUI NON

N/A

GARDE PRÉVENTIVE: DEPUIS LE _____

GARDE PROVISOIRE: DEPUIS LE _____

AUTRE _____

INTERVENTIONS

UTILISATION DE MESURES DE CONTENTION AUX COURS DES 48 DERNIÈRES HEURES NON OUI : TYPE UTILISÉ : _____

MÉDICAMENT PSYCHOTROPE PRN AUX COURS DES 24 DERNIÈRES HEURES NON OUI SI OUI, LEQUEL : _____

MÉDICAMENTS ACTUELS _____

MESURES ENVISAGÉES POUR LE TRANSFERT AÉROPORTÉ

INFORMATIONS

☞ J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS REPRÉSENTENT L'ÉVALUATION LA PLUS RÉCENTE DE L'USAGER.

☞ JE M'ENGAGE À VOUS COMMUNIQUER TOUS CHANGEMENTS AFIN DE CONVENIR DES MOYENS À METTRE EN PLACE POUR UNE PLANIFICATION SÉCURITAIRE DU TRANSFERT.

☞ JE COMPRENDS QUE LA DÉCISION FINALE CONCERNANT LE TRANSFERT AÉRIEN DU PATIENT REVIENT À L'ÉQUIPE EVAQ. LA DÉCISION SERA PRISE SELON LES RÈGLES DE SÉCURITÉ ET NORMES RELIÉES AU TRANSPORT AÉRIEN. CERTAINS CRITÈRES POURRAIENT COMPROMETTRE LA SÉCURITÉ DU PATIENT, DES AUTRES PASSAGERS OU DE L'ÉQUIPAGE LORS DU TRANSFERT AÉROPORTÉ.

NOM DU MÉDECIN QUI A COMPLÉTÉ CE PRÉSENT FORMULAIRE

SPÉCIALITÉ

SIGNATURE

DATE