

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 <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		<input type="radio"/> AUCUN	
FONCTIONS COGNITIVES ESPACE <input type="radio"/> ORIENTÉ <input type="radio"/> DÉSORIENTÉ TEMPS <input type="radio"/> ORIENTÉ <input type="radio"/> DÉSORIENTÉ PERSONNE <input type="radio"/> ORIENTÉ <input type="radio"/> DÉSORIENTÉ		PERCEPTIONS HALLUCINATIONS <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON SI OUI : <input type="radio"/> VISUELLES <input type="radio"/> AUDITIVES DÉLIRE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON TYPE DE DÉLIRE : _____	
HABITUDES TABAC <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON DROGUE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON ALCOOL <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON		TYPE DE SURVEILLANCE REQUIS <input type="radio"/> AUCUNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE <input type="radio"/> DISCRÈTE : RISQUE LÉGER POUR LUI-MÊME OU AUTRUI <input type="radio"/> CONSTANTE : RISQUE ÉLEVÉ POUR LUI-MÊME OU AUTRUI	
COMPORTEMENTS AGITATION <input type="radio"/> AUCUNE <input type="radio"/> MODÉRÉE (CHERCHE À SAISIR DES OBJETS ETC.) <input type="radio"/> INTENSE (RISQUE DE DÉTACHER SA CEINTURE DE SÉCURITÉ, OU DE SE LEVER)			
POTENTIEL DE DANGEROUSITÉ VIOLENCE ANTÉRIEURE <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI: <input type="radio"/> VERBALE <input type="radio"/> PHYSIQUE VIOLENCE ACTUELLE <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI: <input type="radio"/> VERBALE <input type="radio"/> PHYSIQUE IDÉES HOMICIDAIRES <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI		RISQUES SUICIDAIRES IDÉES SUICIDAIRES ACTUELLEMENT <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON PLAN <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON INTENTION DE PASSER À L'ACTE <input type="radio"/> OUI <input type="radio"/> NON	
INTERVENTIONS UTILISATION DE MESURES DE CONTENTION AUX COURS DES 48 DERNIÈRES HEURES <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI : TYPE UTILISÉ : _____ MÉDICAMENT PSYCHOTROPE PRN AUX COURS DES 24 DERNIÈRES HEURES <input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI SI OUI, LEQUEL : _____ MÉDICAMENTS ACTUELS _____			
MESURES ENVISAGÉES POUR LE TRANSFERT AÉROPORTÉ			
INFORMATIONS <p> <input type="checkbox"/> J'ATTESTE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS REPRÉSENTENT L'ÉVALUATION LA PLUS RÉCENTE DE L'USAGER. <input type="checkbox"/> JE M'ENGAGE À VOUS COMMUNIQUER TOUS CHANGEMENTS AFIN DE CONVENIR DES MOYENS À METTRE EN PLACE POUR UNE PLANIFICATION SÉCURITAIRE DU TRANSFERT. <input type="checkbox"/> 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. </p>			
NOM DU MÉDECIN QUI A COMPLÉTÉ CE PRÉSENT FORMULAIRE		SPÉCIALITÉ	
SIGNATURE		DATE	