

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	JUGEMENT <input type="radio"/> ADÉQUAT <input type="radio"/> INADÉQUAT
----------------------	-------------	--

ESPACE  ORIENTÉ  DÉSORIENTÉ

TEMPS  ORIENTÉ  DÉSORIENTÉ

PERSONNE  ORIENTÉ  DÉSORIENTÉ

HALLUCINATIONS  OUI  NON

Si OUI :  VISUELLES  AUDITIVES

DÉLIRE  OUI  NON

TYPE DE DÉLIRE : \_\_\_\_\_

AUTOCRITIQUE

BONNE  PARTIELLE  SUPERFICIELLE  ABSENTE

HABITUDES	TYPE DE SURVEILLANCE REQUIS	ÉTROITE : RISQUE MODÉRÉ POUR LUI-MÊME OU AUTRUI
-----------	-----------------------------	---

TABAC  OUI  NON

DROGUE  OUI  NON

ALCOOL  OUI  NON

AUCUNE SURVEILLANCE PARTICULIÈRE

DISCRÈTE : RISQUE LÉGER 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

OUI  NON

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