

**CONSENTEMENT À LA GARDE EN VUE
D'UNE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE**
(RLRQ, c.P-38.001; CCQ, art. 26 à 31)

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

Aptitude à consentir à la garde en vue d'une évaluation psychiatrique

Je confirme la capacité de _____ à consentir à sa garde en établissement. Cet usager est en mesure de comprendre l'ensemble des informations relatives à la nature et au but de la garde en établissement ainsi que celles liées aux risques et aux conséquences qui y sont associés.

Année	Mois	Jour	Signature du médecin	Numéro de permis de pratique
-------	------	------	----------------------	------------------------------

Consentement à la garde en vue d'une évaluation psychiatrique

Je, _____, consens à demeurer à l'établissement en vue de me soumettre à une évaluation
(Nom de l'usager)
psychiatrique. Je comprends que mon consentement peut être révoqué en tout temps, c'est-à-dire que je peux changer ma décision à n'importe quel moment.

Pour m'aider à prendre ma décision, le médecin responsable d'examiner ma situation m'a expliqué :

- Les faits et les motifs qui justifient son opinion au sujet du danger que, selon lui, je représente pour ma sécurité ou celle d'autrui, en raison de mon état mental.
- Qu'il veut me garder provisoirement à l'hôpital pour qu'une évaluation psychiatrique soit faite (art. 27 du Code civil).
- Qu'un psychiatre ou un médecin réalisera un premier examen psychiatrique dans les 24 premières heures suivant mon consentement (art. 28, al. 1 du Code civil). Si après cet examen, ce médecin conclut qu'il est nécessaire de me garder à l'hôpital, un deuxième psychiatre ou médecin fera un autre examen psychiatrique au plus tard dans les 48 heures suivant ce consentement (art. 28, al. 2 du Code civil).
- Dès qu'un des médecins conclut que ma garde à l'hôpital n'est pas nécessaire, ma mise sous garde sera levée et je pourrai quitter l'hôpital.
- Si, par contre, les deux médecins concluent que ma garde à l'hôpital est nécessaire, j'en serai immédiatement informé et je pourrai alors donner mon consentement ou refuser d'être gardé à l'établissement.
- En cas de refus, je serai maintenu sous garde à l'hôpital, pour un maximum de 48 heures additionnelles, le temps que l'établissement demande l'autorisation au tribunal de me garder plus longtemps, sans mon consentement.

Le médecin m'a expliqué que l'examen psychiatrique a pour but de déterminer, à partir des informations recueillies (observation, communication des proches, etc.) :

- un diagnostic, même provisoire, sur mon état mental, sa gravité et ses conséquences probables;
- la nécessité que je sois gardé à l'établissement en raison du danger que je représente pour moi-même ou pour autrui en raison de mon état mental;
- mon aptitude à prendre soin de moi-même ou à administrer mes biens et, le cas échéant, l'opportunité d'ouvrir à mon égard un régime de protection du majeur.

Je déclare consentir sans avoir subi de pressions, d'influences indues, de menaces ou de promesses, de quelques sources que ce soit.

Je déclare avoir compris l'ensemble des informations utiles à la prise de ma décision et que le médecin a pris le temps de répondre à mes questions en utilisant des termes simples et accessibles.

J'accepte de collaborer à la mise en place de mesures de surveillance et de protection pour assurer ma sécurité et/ou celle d'autrui. Ces mesures feront suite à l'évaluation du danger que je représente et me seront expliquées, le cas échéant. Je comprends que la mise en place de ces mesures sera constamment réévaluée en fonction de la nature et du degré de danger associés à mon état mental.

Année	Mois	Jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
-------	------	------	--	-----------------------

Refus de la garde en vue d'une évaluation psychiatrique

- ☐ Je refuse d'être ainsi gardé.
☐ Je m'oppose à être ainsi gardé, malgré le consentement de mon mandataire, de mon tuteur ou de mon curateur.

Année	Mois	Jour	Signature : usager ou personne autorisée	Témoin à la signature
-------	------	------	--	-----------------------

Une copie du formulaire doit être versée au dossier de l'usager.