



MOCLI60217

Installation : _____

**GARDE PRÉVENTIVE, PROVISoire OU
GARDE EN ÉTABLISSEMENT**

AVIS AU DSP

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

Pour transmission immédiate par courriel au Directeur des services professionnels

Le titre du courriel doit inclure « Garde préventive » : dspem.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

Expéditeur

☐ Hôpital Anna-Laberge ☐ Hôpital Barrie Memorial ☐ Hôpital du Suroît

Provenance (personne amenée par) :

☐ Policiers ☐ Venue d'elle-même ☐ Tiers, famille
☐ Ambulanciers ☐ Déjà hospitalisée ☐ Transfert d'établissement

Types de garde en établissement

	Heure	Année	Mois	Jour
☐ Mise sous garde préventive confirmée le :				
☐ Ordonnance de garde provisoire :		Année	Mois	Jour
☐ Ordonnance de garde autorisée :		Année	Mois	Jour

Prise en charge de la personne par l'établissement

Lieu :	Heure	Année	Mois	Jour
☐ Service des urgences ☐ Unité de soins				

Tiers intéressé

Un tiers intéressé est informé de la mise sous garde en établissement :				OUI	NON	Identité du tiers :
Année	Mois	Jour	Heure	Signature et titre		

■ Mise sous garde préventive - renseignements relatifs à la dangerosité grave et immédiate de la personne examinée

Évaluation de la dangerosité	Évaluation du jugement et de l'autocritique
☐ Idées suicidaires et/ou de violence envers autrui ☐ Intentions suicidaires et/ou de violence envers autrui ☐ Plan suicidaire et/ou de violence envers autrui ☐ Gestes suicidaires et/ou de violence envers autrui ☐ Désorganisation mentale et/ou comportementale associée à un risque pour la sécurité	☐ Sous l'effet de l'alcool et/ou de drogues (substances psychoactives) ☐ Alliance thérapeutique difficile ☐ Adhésion difficile au plan de traitement ☐ Fiabilité générale difficile ☐ Capacité à consentir

Autres renseignements pertinents relatifs à la mise sous garde préventive

Confirmation de la garde préventive

☐ Je certifie que cette personne nécessite d'être mise sous garde préventive parce qu'elle représente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui et qu'il y a absence de consentement à sa garde.

Nom du médecin en lettres moulées

Année	Mois	Jour	Heure	Signature du médecin	Numéro de permis