

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

CONSENTEMENT À L'APPLICATION DE MESURES DE CONTRÔLE

Si Curateur public, utiliser le formulaire spécifique https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/pdf/form_dem_consent_mesure.pdf

CONTEXTE D'INTERVENTION	
☐ Planifiée (Non requis en contexte d'intervention non planifiée) ☐ Recherche de mesures de remplacement effectuée	
MOTIF D'UTILISATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE	
Danger envers : ☐ Usager ☐ Autrui Problématiques : _____	
TYPE(S) DE MESURE DE CONTRÔLE	
☐ 1. Ridelles (2/2 ou 4/4) ☐ 2. Ceinture abdominale aimantée ☐ 3. Attaches aux chevilles ☐ Droite ☐ Gauche ☐ 4. Attaches aux poignets ☐ Droite ☐ Gauche ☐ 5. Ceinture à boucle : _____ ☐ 6. Ceinture pelvienne ☐ 7. Tablette fixe ☐ 8. Vêtements restrictifs : _____ ☐ 9. Autres contentions : _____ ☐ 10. Isolement ☐ 11. Substances chimiques : _____ ☐ 12. Humaine : _____	
MODALITÉS D'APPLICATION DE LA MESURE DE CONTRÔLE	
Lieu d'application : ☐ Au lit ☐ Au fauteuil : _____ ☐ Autres : _____ Moments d'application : _____ Durées de l'application : _____	
INFORMATIONS FOURNIES À L'USAGER OU À SON REPRÉSENTANT LÉGAL	
☐ Les objectifs visés à l'utilisation de la mesure de contrôle ☐ Les risques encourus à l'utilisation de la mesure de contrôle ☐ Les risques encourus en cas de refus de la mesure de contrôle ☐ Les soins, les interventions, la surveillance et la fréquence de réévaluation reliés à la mesure	
☐ Les mesures de remplacement tentées ☐ Autres : _____	
CONSENTEMENT OU REFUS DE LA MESURE DE CONTRÔLE	
- Je reconnais avoir reçu les informations ci-haut mentionnées pour l'application de mesures de contrôle sur moi ou sur l'usager que je représente. Je comprends les conséquences de mon choix et celui-ci est fait uniquement dans le but de servir mon meilleur intérêt ou celui de l'usager que je représente et pour une période la plus brève possible. Je comprends que l'équipe interdisciplinaire est autorisée à décider de la mise en place ou du retrait de la mesure de contrôle. ☐ J'autorise ☐ Je refuse - J'ai été informé qu'en situation d'urgence, la ou les mesure(s) de contrôle pourrait(ent) être appliquée(s). - Le présent consentement est valide pour ☐ la durée de l'épisode de soins en courte durée, ☐ une période de _____ ou ☐ au maximum une année ou jusqu'à l'expression de ma volonté de retirer le présent consentement.	
☐ Consentement verbal Date : _____aaaa/mm/jj Nom du représentant : _____ Signature du professionnel et titre : _____	
☐ Consentement écrit Date : _____aaaa/mm/jj Nom du représentant : _____ Signature du représentant : _____ Signature du professionnel et titre : _____	