



Installation : _____

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

DEMANDE GARDE PROVISoire EN VUE D'UNE ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE

Usager connu de la psychiatrie ☐ OUI ☐ NON

RAISON DE LA CONSULTATION :

OBSERVATION(S) DU MÉDECIN :

- | | |
|--|---|
| ☐ Attitude menaçante | ☐ Aurait cessé sa médication |
| ☐ Comportement suicidaire | ☐ Impulsivité |
| ☐ Comportement hétéro-agressif | ☐ Hallucinations |
| ☐ Comportement désorganisé | ☐ Irritabilité |
| ☐ Propos incohérents | ☐ Propos grandioses |
| ☐ Agitation | ☐ Accélération de la pensée |
| ☐ Délirant | ☐ Déprimé |
| ☐ Perte de contact avec la réalité | ☐ Mutisme |
| ☐ Désinhibition des comportements | ☐ Altération du jugement |
| ☐ Consommation de drogues de rue | ☐ A nécessité isolement et/ou contention |
| ☐ Possibilité de consommation de drogues de rue | ☐ Risque de fugue |
| ☐ A cessé sa médication | ☐ Autre(s) : _____ |

ÉVALUATION DE LA DANGEROUSITÉ :

EXAMENS MÉDICAUX RENDUS NÉCESSAIRES PAR LES CIRCONSTANCES :

- ☐ Il est manifestement inutile de faire témoigner l'utilisateur compte tenu de son état mental.
- ☐ La signification de la demande à l'utilisateur n'est pas recommandée car elle serait nuisible pour sa santé et sa sécurité.

Motifs :

DEMANDE MÉDICALE DE GARDE PROVISOIRE :

Je _____, médecin, demande une garde provisoire en vue d'une
Nom et prénom
évaluation psychiatrique afin de mesurer plus justement le danger que représente l'utilisateur compte tenu de son opposition à rester volontairement à l'hôpital et/ou à subir une évaluation de sa dangerosité.

Signature du médecin : _____ Numéro de permis : _____

Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH :MM

Le médecin ayant rempli le présent formulaire doit s'assurer qu'il soit transmis immédiatement au Service des affaires juridiques.

Le document peut être transmis par télécopieur au (450) 348-9528 ou par courriel à l'adresse suivante : affaires.juridiques.mandats.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca

FORMULAIRE TRANSMIS AU SERVICE DES AFFAIRES JURIDIQUES PAR :

Nom, Prénom : _____ Date : _____ Heure : _____
AAAA-MM-JJ HH :MM