

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PLAN D'INTERVENTION MESURES DE CONTRÔLE

Date : ____/____/____ ☐ Initial ☐ Réévaluation

Date : ____/____/____ ☐ Annulation/Cessation ☐ Annulation/Transfert de milieu

PROBLÉMATIQUE(S)

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Risque de suicide | ☐ Errance | ☐ Risque de chute |
| ☐ Maintien d'un traitement | ☐ Agressivité | ☐ Comportement sexuel inapproprié |
| ☐ Automutilation | ☐ Sécurité | ☐ Ingestion de substance non comestible |
| ☐ Comportement perturbateur | ☐ Fugue | ☐ Autres : _____ |
- Description (Comportements, fréquence, lieux et moments) : _____

☐ Recherche de mesures de remplacements effectuées. Voir le formulaire « Mesures de remplacement »

ÉTAPE 1 : ÉVALUATION (MODÈLE DE KAYSER-JONES)

Composantes	Influences possibles
Personne	☐ Agitation/anxiété ☐ Automutilation ☐ Agressivité ☐ Comportement perturbateur ☐ Désorienté/confusion ☐ Douleur ☐ Non-respect des consignes ☐ Difficulté de sommeil ☐ Errance ☐ Effet(s) de la médication ☐ Instabilité à la marche ☐ Faiblesse ☐ Positionnement difficile ☐ Hallucination ☐ Peur ☐ Problème visuel/auditif ☐ Problème d'équilibre ☐ Somnolence ☐ Résistance aux soins ☐ Diminution de l'autonomie ☐ Incompréhension ☐ Diminution de la capacité physique ☐ Incapacité de faire des nouveaux apprentissages ☐ Autres ou précision : _____
Aspect psychosocial et culturel	☐ Barrière de langage ☐ Croyances religieuses ☐ Isolement ☐ Méconnaissance ☐ Habitudes de vie ☐ Valeurs ☐ Autres ou précision : _____
Aménagement physique	☐ Absence de matériels adaptés ☐ Milieu non sécuritaire (chambre, etc.) ☐ Cloche d'appel inaccessible ☐ Indisponibilité des demi-ridelles ☐ Éclairage inadéquat ☐ Bruit ☐ Indisponibilité du matériel de remplacement ☐ Emplacement éloigné de la chambre ☐ Autres ou précision : _____
Structure de l'organisation	☐ Plan de travail ☐ Communication ☐ Disponibilité du personnel ☐ Rapport inter-service ☐ Procédure non respectée ☐ Autres ou précision : _____
Environnement humain	☐ Absence de réseaux sociaux ☐ Interaction du personnel ☐ Amis ☐ Proches ☐ Manque de stimulation ☐ Craintes exprimées (famille/employés) ☐ Famille ☐ Autres ou précision : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

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

NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM

Nom de la mère : _____

PLAN D'INTERVENTION MESURES DE CONTRÔLE

Consignes : → Le plan d'intervention lié aux mesures de contrôle est valide pour une période maximale d'un an.

ÉTAPE 5 : RÉÉVALUATION (SUITE)	
Date de réévaluation : _____ aaaa/mm/jj	
☐ Évaluation selon le modèle de Kayser-Jones effectuée ☐ Révision des mesures de remplacement effectuée ☐ Analyse et interprétation effectuées	
Mesures de contrôle justifiées malgré la mise en place de mesures de remplacement ☐ Oui ☐ Non	
Justification :	
Date de réévaluation prévue : _____ aaaa/mm/jj	
Nom en lettres moulées	Signature et titre

Date de réévaluation : _____ aaaa/mm/jj	
☐ Évaluation selon le modèle de Kayser-Jones effectuée ☐ Révision des mesures de remplacement effectuée ☐ Analyse et interprétation effectuées	
Mesures de contrôle justifiées malgré la mise en place de mesures de remplacement ☐ Oui ☐ Non	
Justification :	
Date de réévaluation prévue : _____ aaaa/mm/jj	
Nom en lettres moulées	Signature et titre

Nom : _____

Prénom : _____

Dossier : _____

Date de réévaluation : _____aaaa/mm/jj

- ☐ Évaluation selon le modèle de Kayser-Jones effectuée
☐ Révision des mesures de remplacement effectuée
☐ Analyse et interprétation effectuées

Mesures de contrôle justifiées malgré la mise en place de mesures de remplacement ☐ Oui ☐ Non

Justification :

Date de réévaluation prévue : _____aaaa/mm/jj

Nom en lettres moulées	Signature et titre

Date de réévaluation : _____aaaa/mm/jj

- ☐ Évaluation selon le modèle de Kayser-Jones effectuée
☐ Révision des mesures de remplacement effectuée
☐ Analyse et interprétation effectuées

Mesures de contrôle justifiées malgré la mise en place de mesures de remplacement ☐ Oui ☐ Non

Justification :

Date de réévaluation prévue : _____aaaa/mm/jj

Nom en lettres moulées	Signature et titre

Date de réévaluation : _____aaaa/mm/jj

- ☐ Évaluation selon le modèle de Kayser-Jones effectuée
☐ Révision des mesures de remplacement effectuée
☐ Analyse et interprétation effectuées

Mesures de contrôle justifiées malgré la mise en place de mesures de remplacement ☐ Oui ☐ Non

Justification :

Date de réévaluation prévue : _____aaaa/mm/jj

Nom en lettres moulées	Signature et titre