

<b>Renseignements généraux</b>			
<b>Personne concernée</b>			
Nom		Prénom	
Date de naissance aaaa-mm-jj		N° de dossier au Curateur public (si connu)	
<b>Personne qui fait la demande</b>			
Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Courriel			
Nom de l'établissement			
Adresse n°, rue, ville			Code postal
<b>Personne à qui retourner le consentement</b>			
Nom		Prénom	
Fonction	Téléphone	Poste	Télécopieur
Courriel			
Nom de l'établissement			
Adresse n°, rue, ville			Code postal

**Demande de consentement à des mesures de contrôle**

**Aptitude de la personne concernée à consentir aux mesures de contrôle proposées**

**Important** : Le fait que la personne soit représentée ne l'empêche pas de consentir à ses soins. La professionnelle ou le professionnel qui propose les mesures de contrôle doit évaluer l'aptitude de la personne à consentir aux mesures proposées. Si elle est apte à le faire, c'est seulement elle qui consent et non le Curateur public.

La personne est évaluée :

**apte** à consentir.

Si la professionnelle ou le professionnel évalue la personne apte à consentir, il n'y a pas de demande à faire. Par contre, si la personne est représentée par le Curateur public, nous désirons en être informés. Pour ce faire, contactez la Direction médicale et du consentement aux soins au 514 873-5228.

**inapte** à consentir.

La personne a-t-elle un gardien ou une gardienne autre que le Curateur public ?

**Oui.** Lui demander son consentement. Si vous ne connaissez pas les coordonnées du gardien ou de la gardienne, communiquez avec le Curateur public au 514 873-4074 ou 1 844 LECURATEUR (532-8728).

**Non.** Veuillez compléter les sections qui suivent.

Nom de la ou du professionnel qui propose les mesures de contrôle	Prénom
---	--------

Mesures de contrôle proposées

**Échange d'information avec la personne inapte à consentir**

La personne :

a été informée dans le respect de ses capacités de communication.

Résultat de l'échange, incluant les volontés et préférences de la personne inapte à consentir :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

n'a pas été informée. Justification :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Échange d'information avec un(e) proche**

Un(e) proche a été informé(e).

Nom de la ou du proche	Prénom
------------------------	--------

Lien avec la personne inapte

Résultat de l'échange, incluant les volontés et préférences de la personne représentée manifestées antérieurement, si elles sont connues.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Description clinique
<b>Comportements ou problématiques motivant le choix de ces mesures de contrôle</b> _____ _____ _____ _____
<b>Autres mesures tentées</b> _____ _____
<b>Modalités d'application</b> (Joignez le plan d'intervention.) _____ _____
<b>Fréquence d'utilisation s'il s'agit d'un renouvellement</b> _____ _____
Profil général
<b>Capacité d'expression des besoins, jugement et cognition</b> _____ _____
<b>Mobilité</b> _____ _____
<b>Continence</b> _____ _____
<b>Autonomie pour s'alimenter, se laver et s'habiller</b> _____ _____
<b>Activités</b> _____ _____
<b>Collaboration aux soins</b> _____ _____

\_\_\_\_\_  
Signature de la ou du professionnel et date