

<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 un niveau de soin

#### Aptitude de la personne concernée à consentir au niveau de soin proposé

**Important** : Le fait que la personne soit représentée ne l'empêche pas de consentir à ses soins. La professionnelle ou le professionnel qui propose le niveau de soin doit évaluer l'aptitude de la personne à consentir au niveau de soin proposé. 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 médecin qui propose le niveau de soin

Prénom

Niveau de soins proposé (Veuillez joindre à cette demande le modèle de votre établissement.)

#### 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 :

---



---

La personne a-t-elle déjà fait part de :

• volontés actuelles ou antérieures?

Oui (précisez) :

Non

• directives médicales anticipées (DMA) inscrites à la RAMQ?

Oui (précisez) :

Non

**Demande de consentement à un niveau de soin (suite)**

**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**

**État clinique qui motive le choix de ce niveau de soin**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Diagnostics et antécédents médicaux**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Profil général**

**Capacité d'expression des besoins, jugement et cognition**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Mobilité**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Continence**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autonomie pour s'alimenter, se laver et s'habiller**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Activités**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Collaboration aux soins**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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