**Protocole d’application d’une mesure de contrainte et/ou limitative de liberté de mouvement**

(Réf. Loi sur la santé du 16 novembre 1999, art 53, 54, 55 et Code civil, art. 383, 384, 385)

**Définitions :**

***Mesure de contrainte****: toute intervention allant à l’encontre de la volonté déclarée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n’est pas capable de communiquer, allant à l’encontre de sa volonté présumée (réf. Directive médico-éthique de l’ASSM, 2005, Art. 3.1.)*

***Mesure******limitative de liberté de mouvement****: toute mesure limitant la liberté de mouvement à une personne* ***incapable de discernement*** *(art. 384 du Code Civil)*

1. Nom, prénom, date naissance du (de la) résident(e) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.
2. Nom des personnes consultées, fonctions (représentant thérapeutique, proches, curateur, médecin, etc.) et date :

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Motifs de la nécessité d’appliquer une mesure de contrainte et/ou de limitation de liberté de mouvement
 *(restriction de liberté d’action et/ou de mouvement, mesure de privation)*:

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Objectif visé (*décrire en termes de comportement observable, évaluable, dans quelles conditions et quel délai*) :

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Description de la mesure et des conditions d’application *(type de mesure, durée, moment de la journée)* :

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

1. Mesures compensatoires ou d’accompagnement :

 Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Décision prise par : *infirmier(ère) diplômé(e)*

Nom, prénom et signature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de l’entrée en vigueur de la mesure :  Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Dates ou fréquence de l’évaluation : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Décision validée par :

Infirmier(ère)-chef(fe) Médecin *(si impliqué dans la décision)*

Nom, prénom, date et signature Nom, prénom, date et signature

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Résident (e) informé(e) de la mesure le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Représentant(e) thérapeutique informé(e) de la mesure le : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

Nom, prénom du(de la) représentant(e) thérapeutique : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Les signatures de l’infirmier(ère) diplômé(e) et de l’infirmier(ère)-chef (fe) sont impératives. Les proches doivent être informés. En cas de désaccord, ils peuvent s’adresser à la direction de l’établissement ou recourir auprès de l’Autorité de protection de l’enfant et de l’adulte (Justice de paix). En cas d’urgence, l’infirmier(ère) peut imposer une mesure de contrainte et requérir la signature de l’infirmier(ère)-chef (fe), voir du médecin, ultérieurement. La présente décision est répertoriée dans le « **Registre des mesures de contraintes et limitatives de liberté** » de l’institution.

=> **copie** de la décision au **représentant thérapeutique**