



HSM0585



AVIS AU DIRECTEUR DES SERVICES  
PROFESSIONNELS ET HOSPITALIERS

**Garde Préventive/Garde Provisoire**

HSCM

CSSSAM-N

Arrivée de l'utilisateur :

Policiers

Ambulance

Par lui-même

Transfert de :

Nom du centre hospitalier

Début garde de préventive

Jour

Mois

Année

Heure

**Partie A- Garde Préventive**

Mme ou M. \_\_\_\_\_ nécessite une garde préventive.

Voici les sources et les informations justifiant la garde préventive \_\_\_\_\_

En raison de quoi, cette personne **présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, si elle n'est pas à l'hôpital.**

**Le DSPH de l'établissement est avisé de cette mise en garde préventive par télécopieur.**

Dr \_\_\_\_\_ No pratique : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Signature : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**Partie B- Garde Provisoire**

Garde provisoire nécessaire car **l'utilisateur refuse ou ne peut donner un consentement libre et éclairé** à un examen

visant à déterminer s'il doit être gardé en établissement :  oui  non

Voici les sources et les informations justifiant la garde provisoire : \_\_\_\_\_

Il pourrait être nuisible à la santé ou à la sécurité de cette personne ou d'autrui d'exiger son témoignage ou il est manifestement inutile de l'exiger :  oui  non

Si oui, motifs : \_\_\_\_\_

Personne significative : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Adresse si disponible : \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Dr \_\_\_\_\_ No pratique \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Nom en lettres moulées

Signature : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_