



MD Domicile

GUIDE PRÉPARATOIRE

À l'évaluation médicale
dans le cadre de
l'homologation d'un mandat de protection
ou de l'ouverture d'une
tutelle au majeur

GUIDE PRÉPARATOIRE: évaluation médicale

dans le cadre d'une demande d'ouverture
d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection

AVANT DE COMMENCER...

Ces démarches peuvent sembler lourdes, compliquées et longues. C'est vrai. Or, il ne faut pas oublier que le législateur a prévu ces étapes pour une raison bien précise : *assurer la protection même de la personne du mandant et de ses intérêts, car **il est important de comprendre qu'une fois l'inaptitude constatée par le tribunal, la personne inapte perd l'exercice de ses droits quant à l'administration de ses biens et quant à ses propres soins.***



Si votre proche ne parle **ni français ni anglais**, vous devrez trouver et **engagez un traducteur** qui devra être présent lors de la rencontre médicale (à vos frais)

Faites-nous parvenir tous les documents mentionnés ci-dessus. Vous pouvez nous les envoyer par:

A. Télécopieur: (514) 383-5522

B. Courrier: 2035 avenue Victoria suite # 309, St-Lambert, QC, J4S 1H1 (*courrier recommandé pour vous permettre de retracer votre envoi*). *** Prévoir un délai de 10 à 14 jours ouvrables pour la numérisation de documents ***

C. Courriel: info@mdomicile.com

**Pour toutes questions, veuillez nous téléphoner au
514-362-8387**

Et au nom de toute l'équipe de MDomicile, merci pour votre confiance!

GUIDE PRÉPARATOIRE: évaluation médicale

dans le cadre d'une demande d'ouverture
d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection

1

Pour les demandes d'homologation d'un mandat de protection:

COPIE DU MANDAT DE PROTECTION

Nous la faire parvenir par la poste, par télécopieur ou par courriel

2

Pour les demandes d'homologation d'un mandat de protection et de tutelle au majeur:

DÉCLARATION SOLENNELLE* DE LA PART DE VOTRE NOTAIRE

Nous la faire parvenir par courriel (info@mdomicile.com)

*C'est la déclaration du mandataire nommé dans le mandat à l'effet qu'il entend demander l'homologation du mandat; elle sert à obtenir les évaluations médicale et psychosociale

DÉCLARATION SOLENNELLE

Je soussigné, *NOM ET PRÉNOM DU MANDATAIRE*, résidant au *ADRESSE*, déclare sous serment ce qui suit:

1. Je suis *RELATION* de *NOM ET PRÉNOM DU PATIENT*;
2. J'entends demander l'ouverture d'une tutelle au majeur/l'homologation du mandat de protection de *NOM ET PRÉNOM DU PATIENT*;
3. Je requiers à cette fin les évaluations médicales et psychosociale de *NOM ET PRÉNOM DU PATIENT*;
4. Je demande que ces évaluations médicale et psychosociale soit acheminées directement à *NOM ET PRÉNOM DU NOTAIRE* à son bureau situé au *ADRESSE*;
5. Je déclare que tous ces faits sont véridiques.

EN FOI DE QUOI J'AI SIGNÉ CE DOCUMENT à *VILLE* le *DATE*.

NOM ET PRÉNOM DU MANDATAIRE

Déclaré sous serment devant moi à *VILLE* le *DATE*.

NOM ET PRÉNOM DU NOTAIRE
Notaire



3

COMPLÉTER TOUS LES DOCUMENTS DE CE GUIDE DE LA PAGE 4 À 9.

GUIDE PRÉPARATOIRE: évaluation médicale

dans le cadre d'une demande d'ouverture
d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection

QUESTIONNAIRE INITIAL

On considère qu'un patient est inapte à consentir s'il est incapable de comprendre :

- la nature de sa maladie;
- la nature et le but des soins qui lui sont proposés;
- les avantages et les risques associés à ces soins;
- les risques encourus si ces soins ne sont pas prodigués;
- que son état de santé nuit à sa capacité de consentir.

Voici des **exemples de conditions ou d'évènements qui peuvent rendre une personne inapte** : une déficience intellectuelle, des chocs violents à la tête, un accident vasculaire cérébral (AVC), une maladie dégénérative (ex. : l'Alzheimer).

Suite à la lecture de cette définition, veuillez répondre aux questions suivantes au mieux de vos connaissances.

#1 Nommez toutes les raisons qui vous font croire que votre proche est inapte à s'occuper de lui-même ou de ses biens. En d'autres mots, quel évènement ou situation ont déclenché les démarches d'homologation du mandat de protection de votre proche ou l'ouverture d'un régime de protection? (ex.: la perte d'une personne significative qui palliait ces déficits, l'aggravation ou des complications de la maladie, etc.)

#2 Inscrive les plus récentes hospitalisations des 10 dernières années

Date d'admission	Durée de l'hospitalisation	Nom de l'établissement	Raison d'admission

GUIDE PRÉPARATOIRE: évaluation médicale

dans le cadre d'une demande d'ouverture
d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DES PARTIES

IDENTIFICATION DU MANDANT*

*Personne présumée inapte pour laquelle vous faites cette demande

Langue(s) comprise(s): français anglais autre

Nom de jeune fille:

Prénom:

Autres noms utilisés antérieurement:

Nom, prénom de la mère:

Nom, prénom du père:

IDENTIFICATION DU MÉDECIN DE FAMILLE (MDF)

actuel retraité

Nom:

Prénom:

Nom de la clinique:

Date de sa dernière consultation:

Ne s'applique pas (clientèle orpheline)

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR SOCIAL (TS)

Nom:

Prénom:

Téléphone:

Courriel:

TS du CLSC TS privé

Ne s'applique pas (aucun TS au dossier)

*** il existe des TS privé si vous n'arrivez pas à en obtenir un au CLSC

IDENTIFICATION DE MÉDECINS SPÉCIALISTES

Nom:

Prénom:

Spécialité:

Nom de la clinique:

N'a aucun suivi auprès de médecins spécialistes

IDENTIFICATION DU OU DES MANDATAIRES

La(es) personne(s) demandant l'ouverture d'une tutelle
au majeur sera identifiée comme le(s) mandataire(s).

MANDATAIRE #1

Personne que vous désignez RESPONSABLE DE TOUTES LES
COMMUNICATIONS AVEC NOTRE ÉQUIPE²

Nom:

Prénom:

Adresse civique:

Téléphone:

Courriel:

Lien avec le mandant:

MANDATAIRE #2

Nom:

Prénom:

Téléphone:

Courriel:

Lien avec le mandant:

MANDATAIRE #3

Nom:

Prénom:

Téléphone:

Courriel:

Lien avec le mandant:

COORDONNÉES POUR L'ENVOI DE LA COPIE ORIGINALE DU DOCUMENT D'ÉVALUATION

Un notaire ou un avocat nous représenter pour
déposer la demande devant le tribunal

Ne s'applique pas. Nous avons décidé de présenter
la demande nous-mêmes devant le tribunal

Nom:

Prénom:

Adresse civique:

1. Si le mandant (patient) communique ni en français ou en anglais, vous devrez engager un **traducteur** qui devra **obligatoirement être présent** lors de votre rencontre avec le médecin (à vos frais). Il est préférable que le traducteur ait des connaissances en santé mais ceci n'est pas obligatoire.

2. Le mandant a désigné une ou plusieurs personnes de confiance dans son mandat de protection. Compléter les informations demandées dans la section du **mandataire #1** si vous êtes le seul mandataire. Si vous êtes plusieurs mandataires, choisir **une seule personne** qui prendra en charge le dossier du mandant auprès de notre équipe **MDomicile**. Les informations de cette personne choisie doivent être inscrites dans la section **mandataire #1**. C'est ce dernier qui fera toutes les communications nécessaires auprès de l'équipe **MDomicile** et qui sera responsable d'informer de l'évolution du processus auprès des autres mandataires.

GUIDE PRÉPARATOIRE: évaluation médicale

dans le cadre d'une demande d'ouverture
d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU MANDATAIRE

SECTION À COMPLÉTER PAR LE MANDATAIRE RESPONSABLE

Apposez vos initiales sur les traits si vous êtes d'accord avec ce qui suit:

COMMUNICATIONS

- _____ Toutes communications concernant votre dossier et vos informations médicales confidentielles se font **par téléphone** (*nous ne répondons pas aux questions ou demandes formulées via courriel ou texto sauf si cela est exigé par un des membres de l'équipe MDomicile*);
- _____ Vous devez désigner **UNE SEULE personne qui sera responsable de TOUS nos échanges** par rapport au dossier. Si d'autres membres de la famille désirent avoir des nouvelles, ils devront vous consulter pour obtenir l'information désirée;
- _____ Si vous souhaitez discuter de votre dossier avec la responsable de notre équipe, vous devez prendre un **RDV téléphonique** auprès de la réception;
- _____ Veuillez laisser un **message vocal** si lors d'un appel vous n'obtenez pas une réponse immédiate d'une de nos réceptionnistes. Nous vous répondrons dans un délai de moins de **24 heures ouvrables**;
- _____ L'infirmière et le médecin responsables de votre dossier seront les seuls qui ont **accès** à votre dossier médical électronique (DMÉ);
- _____ Toutes nos communications avec vous seront **conservées au DMÉ**.

DÉTERMINATION DE L'INAPTITUDE

- _____ Dans certains cas plus complexes, il se peut que la détermination de l'inaptitude soit très ardue, voire impossible pour le médecin. Ce dernier se réserve le droit de demander un **2^{ème} avis à un collègue médecin spécialiste au besoin**.
- _____ Dans le cas où un de nos médecin reçoit une **assignation à comparaître devant un tribunal** pour y fournir les preuves de ce qui a mené à son évaluation de l'inaptitude, des **honoraires supplémentaires sont à prévoir**.
- _____ Si la condition médicale du patient **change significativement ou se révèle instable à tout moment dans le processus de préparation** (ex.: présence d'une infection, complications dues à un nouveau diagnostic ou suite à l'introduction d'un nouveau médicament) le médecin se réserve le droit d'investiguer la situation davantage avant de compléter le formulaire exigé par le Curateur Public.

GUIDE PRÉPARATOIRE: évaluation médicale

dans le cadre d'une demande d'ouverture
d'un régime de protection ou de l'homologation d'un mandat de protection

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT DU MANDATAIRE

LORS DES VISITES

_____ La **présence d'un des mandataires** est **OBLIGATOIRE** lors des consultations à domicile;

_____ Lors de la prise de rendez-vous, vous pouvez choisir la journée voulue selon la disponibilité de l'infirmière et du médecin. Vous et le mandant devez être disponibles pour **la JOURNÉE ENTIÈRE soit de 9h à 16h**. Effectivement, plusieurs éléments d'imprévisibilités nous empêchent de vous donner une heure précise de l'arrivée du professionnel (accidents de la route, chantiers de construction, météo, l'ajout de consultations situées dans le même secteur...).

EN CONCLUSION

_____ **J'ai lu et compris** le contenu de ce formulaire d'engagement;

_____ **Je consens à respecter la procédure décrite dans ce document** dans le cadre de l'homologation d'un mandat de protection ou d'une ouverture de régime de protection;

_____ Je comprends que les interventions et les évaluations de tous nos professionnels sont régies par les **mêmes règles et lois de leurs ordres professionnels respectifs** qu'ils pratiquent au privé ou au public;

J'ai lu et compris tout le contenu du *Guide préparatoire* du requérant:

SIGNATURE DU MANDATAIRE RESPONSABLE

DATE DE LA SIGNATURE

Date d'aujourd'hui :

IDENTIFICATION PATIENT

NOM :
PRÉNOM :
DATE DE NAISSANCE :
RAMQ :

IDENTIFICATION PROCHE-AIDANT

NOM :
PRÉNOM :
LIEN :
ÉTAT DE SANTÉ : BON PRÉCAIRE

POUR QUELLE(S) RAISON(S) CROYEZ-VOUS QU'IL EST IMPORTANT D'ÉVALUER LA POSSIBILITÉ DE PRÉSENCE D'UNE TROUBLE NEUROCOGNITIF CHEZ VOTRE PROCHE?

OUI	NON	PLAINTES DU PATIENT/PROCHE/FAMILLE	OUI	NON	PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changement du langage et de la parole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATCD ¹ AVC (accident vasculaire cérébral) ou ICT (ischémie cérébrale transitoire)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changements psychologiques et comportementaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATCD de trouble dépressif majeur au cours de la vie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à prendre des décisions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ATCD familiaux de démence ou Alzheimer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte d'autonomie fonctionnelle dans les activités domestiques (ex. <i>entretien ménager, faire les courses</i>) et quotidiennes (ex. <i>douche, s'habiller, manger</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comorbidité d'origine métabolique/ cardiovasculaire non stabilisée
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Changement sur le plan de la mémoire (ex. : <i>oublie médication / RDV</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L'usager se tourne vers son accompagnateur pour répondre aux questions
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à reconnaître les objets ou les personnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble cognitif léger diagnostiqué
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perte de poids inexplicquée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie de Parkinson
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épisode de délirium dans les 6 derniers mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma crânien dans les 6 derniers mois
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apnée du sommeil non stabilisée	NOTE :		

1. ATCD : abréviation d'antécédent

QUELLE EST LA SITUATION FAMILIALE PSYCHOSOCIALE ET ENVIRONNEMENTALE

MILIEU DE VIE : Maison Appartement/condo Résidence pour personnes âgées CHSLD

HABITE : Seul Avec conjoint(e) Avec enfants Autre : _____

Scolarité du patient:

Retraité à (âge):

Diplôme(s) obtenu(s):

Emploi actuel ou antérieur:

ATCD familiaux:

Produits naturels ou médicaments sans ordonnance :

Compliance : excellente bonne médiocre

ATCD psychiatrique et santé mentale:

Alimentation :

Tabac :

Drogue :

Alcool :

Sommeil :

Loisirs / activités :

Y A-T-IL DES FACTEURS QUI POURRAIENT INFLUENCER L'ADMINISTRATION DES OUTILS DE REPÉRAGE?

OUI	NON		OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficit visuel ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Déficit auditif ----->	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Compensé
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles antérieurs de langage (ex.: <i>bégaiement</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré de vigilance adéquate: alerte, non confus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Spécifier la restrictions motrices (ex.: <i>arthrite des doigts</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	État affectif normal / non affecté (ex.: <i>anxiété, dépression</i>)

QUELS SIGNES ET SYMPTÔMES SUIVANTS AVEZ-VOUS REMARQUÉS CHEZ VOTRE PROCHE?

1 AUTONOMIE FONCTIONNELLE : Perte d'autonomie dans les AVD, AVQ ou dans les activités complexes

OUI	NON		OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Négligence hygiène	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à gérer médication
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vêtements inappropriés pour la saison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à préparer les repas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de gestion de l'incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté dans l'entretien ménager

2 SYMPTÔMES COMPORTEMENTAUX ET PSYCHOLOGIQUES DE LA DÉMENCE (SCPD)
Renseignements sur la présence, la gravité et les répercussions des troubles du comportement

OUI	NON		OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Idées délirantes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agressivité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oralité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agressivité verbale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportements moteurs aberrants
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anxiété	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Questionnement répétitif
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Apathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résistance aux soins
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportements alimentaires inappropriés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rituels d'accumulation
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes de sommeil (errance nocturne, inversion du cycle éveil-sommeil, syndrome crépusculaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble de l'humeur (dépression, euphorie, irritabilité, labilité affective, manie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportements socialement inappropriés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désinhibition verbale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Désinhibition sexuelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Errance
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cris répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hallucinations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comportements relatifs à l'élimination ou l'habillage inappropriés	NOTE :		

3 COGNITION : Changement au niveau des fonctions mentales tel que le langage, la mémoire et l'orientation

OUI	NON		OUI	NON	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Propos répétitifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oublie visages familiers
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oublie le nom de ses proches	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oublie où il met les objets
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Difficulté à trouver ses mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Se perd en se promenant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mélange mots et phrase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oublie faits récents, conversations et nouvelles info

Répondez aux questions aux meilleures de vos connaissances et notez toutes questions que nous pourrions ensuite réviser ensemble lors de la prochaine consultation infirmière ou médicale.

Merci de votre collaboration

RESSOURCES

POUR OBTENIR PLUS D'INFORMATION SUR LES MANDATS DE PROTECTION

Consultez le site Web d'Éducaloi educaloi.qc.ca

Communiquez avec le Curateur public www.curateur.gouv.qc.ca 1-844-532-8728

POUR RENCONTRER UN NOTAIRE OU UN AVOCAT GRATUITEMENT

Prenez rendez-vous dans le Centre de justice de proximité du Québec le plus près de chez vous : www.justicedeproximite.qc.ca

POUR SAVOIR SI VOUS ÊTES ADMISSIBLE À L'AIDE JURIDIQUE

Appelez le bureau d'aide juridique le plus près de chez vous pour prendre rendez-vous.

POUR TROUVER UN NOTAIRE

Visitez le site Web du service de référence de la Chambre des notaires du Québec.

POUR TROUVER UN AVOCAT

Visitez le site Web du service de référence du Barreau du Québec.

RÉFÉRENCES

Toute l'information inscrite dans ce guide a été trouvée sur les sites internet de l'organisme *L'Appui*, de l'organisme *Educaloi* et du *Curateur public* du Québec, en date du 1 novembre 2022

« **Le mandat de protection** » sur le site de L'Appui, consulté le 2022-06-19

[<https://www.lappui.org/fr/je-suis-aidant/demarches-administratives/formalites-administratives-et-fiscalite/le-mandat-de-protection/>]

« **Utiliser le mandat de protection** » sur le site de Educaloi, consulté le 2022-06-17 [https://educaloi.qc.ca/wp-content/uploads/guide_homologation.pdf]

« **Prévoyez l'imprévisible** », sur le site du Curateur public, consulté le 2022-06-19 [https://www.curateur.gouv.qc.ca/cura/fr/outils/publications/mon_mandat.html]