

Code à barres

N° de dossier

Nom et prénom à la naissance

Date de naissance (AAAA-MM-JJ)

Sécurité incendie dans les résidences accueillant des personnes présentant des limitations à l'évacuation



ANALYSE DE LA CAPACITÉ À ÉVACUER USAGER RI-RTF

Nom de la résidence :

Nom de l'intervenant :

Date de l'analyse :

Numéro de téléphone :

# Chambre / Logement	Problématiques	Précisions	Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai				Section remplie par le comité GRSI	
			1. Mobilité	2. Compréhension	3. Surdité	4. Vision	Résumé des problématiques Emplacement Conseil / Mesures compensatoires	Code de couleur/ Mesures d'aide
	1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> Aucune probl�matique <input type="checkbox"/>		A) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A) <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>		<div style="background-color: green; color: white; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Vert</div> <div style="background-color: yellow; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">Jaune</div> <div style="background-color: red; color: white; padding: 2px;">Rouge</div>

*** IMPORTANT ***

Ne répondre qu'aux questions en lien avec la ou les incapacités de l'usager (section grise).
Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.

Vert	Le résident peut se déplacer sans l'aide d'une autre personne dans un lieu sécuritaire
Jaune	Le résident peut, avec l'aide d'une personne, se rendre en lieu sécuritaire
Rouge	Le résident a besoin d'un accompagnement soutenu et/ou de mesures spéciales pour être transport� en lieu sécuritaire

Signature :

Date :

Nom :	N° dossier :
--------------	---------------------

PROBLÉMATIQUES D'ÉVACUATION	QUESTIONS À SE POSER (Raison pour laquelle un résident pourrait ne pas évacuer dans le délai)	MESURES D'AIDE À L'ÉVACUATION (à retranscrire dans la fiche #1 du PSI)	CONSEILS / MESURES COMPENSATOIRES
1 – MOBILITÉ			
Canne Marchette Déambulateur Fauteuil roulant Lève-personne Autres (ex. : opérations récentes, sonde, etc.)	A. Le résident est-il en mesure de passer de la position couchée à assise seul ? B. Le résident est-il en mesure d'effectuer ses transferts seul ? C. Si non, est-ce que le transfert requiert un équipement ? D. Le résident peut-il se déplacer seul jusqu'à un lieu sécuritaire (ex. : la cage d'escalier) ? E. Le résident est-il capable de monter ou descendre l'escalier seul ? F. Si non, pourrait-il le faire en s'asseyant sur les fesses ? G. Si non, serait-il en mesure de le faire avec l'aide d'une autre personne ? H. Est-ce que le résident est totalement dépendant d'un apport supplémentaire en oxygène (bonbonne ou concentrateur) ?	A. Non = Aide pour se lever B. Non = Aide aux transferts C. Oui = Transporter avec drap D. Non = Aide pour se déplacer E. Non = voir F ou G F. Non = Aide d'une personne pour descendre G. Non = Aide de 2 personnes ou d'un équipement pour descendre H. Oui = Prévoir la disponibilité d'oxygène selon le besoin	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le personnel et les remplaçants doivent maîtriser la technique de transport avec drap lorsqu'un résident requiert un transfert avec équipement. ▪ Placer un fauteuil roulant à proximité de la chambre ou du logement pour accélérer le déplacement en lieu sûr lorsqu'un résident se mobilise difficilement. ▪ Voir si le résident pourrait descendre lentement de côté en tenant la rampe à deux mains ou assis sur les fesses. ▪ Un équipement d'évacuation pourrait être requis dans certaines situations. Des exemples sont disponibles sur le site prevenirlefeu.com. ▪ Indiquer la présence de bombonnes d'oxygène dans une pièce (plan d'évacuation). Évaluer la pertinence de prendre cette bonbonne en évacuation (danger imminent, temps disponible, etc.).
2 – COMPRÉHENSION / JUGEMENT			
Troubles cognitifs Santé mentale Déficience intellectuelle Troubles de comportements Anxiété, Agressivité TSA (Autisme) Autres	A. Est-ce que le résident réagit au son de l'alarme ? B. Est-ce qu'il sort de sa chambre au son de l'alarme ? C. Si non, a-t-il des comportements opposants qui nécessiteraient une intervention particulière ? D. Est-ce qu'il sait par où se diriger ? E. Est-ce qu'il suivrait les autres résidents en les voyants ou les consignes ? F. Est-ce que la personne prend des médicaments qui pourraient compromettre son évacuation ?	A. Non = Aller chercher B. Non = Aller chercher C. Oui = Aide particulière requise D. Non = Diriger E. Non = Accompagner F. Oui = Aller chercher	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entraide balisée : Si un résident a la capacité et le désir d'aider, qu'il passe devant la chambre de la personne désorientée pour se rendre en lieu sécuritaire et qu'il ne voit pas de fumée ou de feu, il peut frapper à sa porte et l'accompagner en lieu sûr ou à l'extérieur.
3 – SURDITÉ			
Appareils auditifs (jour et nuit) Autres	A. Est-ce que le résident entend l'alarme ? B. Est-ce qu'il entend parce qu'il a des appareils auditifs ? C. Si oui, porte-t-il ses appareils auditifs la nuit ? D. Y a-t-il un équipement qui compense le problème d'audition lorsqu'il n'a pas ses appareils ?	A. Non = Aller chercher et diriger B. Oui = voir C C. Non = Aller chercher et diriger D. Non = Équipement à prévoir	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vérifier le niveau de décibels que produit la cloche à partir de la tête du lit d'une chambre (75 Db) ou de l'autre côté de la porte du logement (85 Db). ▪ Faire installer un stroboscope (lumière intense qui flash) dans la chambre et dans les autres aires de vie au besoin et/ou un pad qui vibre sous le matelas (si porte des appareils de jour) et sous le fauteuil (si absence d'appareils).
4 – VISION			
Aveugle Autres	A. Est-ce que le résident est autonome dans ses déplacements en temps normal ?	A. Oui = Près d'une issue ou Diriger si loin d'une issue B. Non = Accompagner	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire le trajet régulièrement avec la personne jusqu'à l'issue la plus près; lui indiquer le nombre de paliers à descendre ou monter et ainsi que la localisation de la sortie extérieure. ▪ Si la chambre est située loin d'une issue, il faudra peut-être diriger le résident vers l'issue la plus sécuritaire en situation d'urgence. ▪ Entraide balisée possible (voir libellé ci-haut).