|  |  |
| --- | --- |
| **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 transporté en lieu sécuritaire |

| **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.) | 1. Le résident est-il en mesure de passer de la position couchée à assise seul ? 2. Le résident est-il en mesure de se lever debout ou d’effectuer ses transferts seul ? 3. Si non, est-ce que le transfert requiert un équipement ? 4. Le résident peut-il se déplacer seul jusqu’à un lieu sécuritaire (ex. : la cage d’escalier) ? 5. Le résident est-il capable de monter ou descendre l’escalier seul ? 6. Si non, pourrait-il le faire en s’asseyant sur les fesses ? 7. Si non, serait-il en mesure de le faire avec l’aide d’une autre personne ? 8. Est-ce que le résident est totalement dépendant d’un apport supplémentaire en oxygène ? (bombonne ou concentrateur) | 1. **Non = Lever** 2. **Non = Transférer** 3. **Oui = Transporter avec drap** 4. **Non = Amener en lieu sûr** 5. **Non = voir F ou G** 6. **Non = Aider à descendre** 7. **Non = Descendre à 2 personnes ou avec équipement** 8. **Oui =** Prévoir la disponibilité d’oxygène selon le besoin | * 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 bombonne en évacuation (danger imminent, temps disponible, etc.). |
| **2 – COMPRÉHENSION / JUGEMENT** | | | |
| Troubles cognitifs  Santé mentale  Déficience intellectuelle  Troubles de comportements  Anxiété, Agressivité  Autisme, Autres | 1. Est-ce que le résident réagit au son de l’alarme ? 2. Est-ce qu’il sort de sa chambre au son de l’alarme ? 3. Si non, a-t-il des comportements opposants qui nécessiteraient une intervention particulière ? 4. Est-ce qu’il sait par où se diriger ? 5. Est-ce qu’il suivrait les autres résidents en les voyants ou les consignes ? 6. Est-ce que la personne prend des médicaments qui pourraient compromettre son évacuation ? | 1. **Non = Aller chercher** 2. **Non = Aller chercher** 3. **Oui = Forcer l’évacuation au besoin et si possible** 4. **Non = Diriger** 5. **Non = Accompagner** 6. **Oui = Aller chercher** | * 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 | 1. Est-ce que le résident entend l’alarme ? 2. Est-ce qu’il entend parce qu’il a des appareils auditifs ? 3. Si oui, porte-t-il ses appareils auditifs la nuit ? 4. Y a-t-il un équipement qui compense le problème d’audition lorsqu’il n’a pas ses appareils ? | 1. **Non = Aller aviser** 2. **Oui = voir C** 3. **Non = Aller aviser** 4. **Non = Équipement à prévoir** | * 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). Ces appareils peuvent être remboursés par la RAMQ avec prescription du médecin. |
| **4 – VISION** | | | |
| Aveugle  Autres | 1. Est-ce que le résident est autonome dans ses déplacements en temps normal (dans son quotidien)? | 1. **Oui = Près d’une issue** ou **Diriger au besoin** 2. **Non = Accompagner** | * 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). |

**ANALYSE DE LA CAPACITÉ À ÉVACUER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la résidence :** |  | **Nom du répondant ou de l’intervenant :** |  |
| **Date de l’analyse :** |  | **Numéro de Téléphone :** |  |

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |

***\*\*\* IMPORTANT \*\*\****

**Ne répondre qu’aux questions en lien avec la ou les incapacités du résident**

**Lorsque vous répondez aux questions en lien avec une incapacité, ne pas tenir compte des autres incapacités.**

| **Chambre ou Logement** | **Nom du résident** | **Problématiques** | **Précisions** | **Raisons pour lesquelles la personne pourrait ne pas évacuer dans le délai** | | | | | | | | **Pour les besoins de la GRSI** | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Mobilité** | | 1. **Compréhension** | | 1. **Surdité** | | 1. **Vision** | | **Résumé des problématiques**  **Emplacement**  **Conseils / Mesures compensatoires** | **Code de couleur**  **Mesures d’aide** |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |
|  |  | 1. Mobilité 2. Compréhension 3. Surdité 4. Vision   Aucune problématique |  | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N | **A)** | O  N |  |  |
| **B)** | O  N | **B)** | O  N | **B)** | O  N |  | |
| **C)** | O  N | **C)** | O  N | **C)** | O  N |
| **D)** | O  N | **D)** | O  N | **D)** | O  N |
| **E)** | O  N | **E)** | O  N |  | |
| **F)** | O  N | **F)** | O  N |
| **G)** | O  N |  | |
| **H)** | O  N |