

Complément – Fiche 1 : Exemples d'analyse de la capacité à évacuer des résidents

*** 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.

LÉGENDE : O = Oui N = Non

Chambre	Nom du résident	Problématique	Précision	Raisons pour lesquelles la personne n'a pas respecté ou pourrait ne pas respecter le délai d'évacuation				Pour les besoins de la GRSI	
				Mobilité	Compréhension	Surdité	Vision	Résumé des problématiques Emplacement Conseils/Mesures compensatoires	Code de couleur Mesure d'aide
1	M. ou Mme	1. Mobilité <input checked="" type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant	A. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> D. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> G. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Aide d'une personne pour descendre Niveau 2 – � proximité de la cage nord-est Voir la possibilité de relocaliser au niveau du sol (code vert). Sensibiliser la famille au besoin. Documenter le refus.	Aider à descendre	
2	M. ou Mme	1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input checked="" type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>	Appareils auditifs	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	N'entend pas sans ses appareils Niveau du sol – Entre deux sorties extérieures Prévoir un équipement qui compense la surdité afin d'augmenter l'autonomie à l'évacuation (code vert).	Aller aviser
3	M. ou Mme	1. Mobilité <input checked="" type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>	Fauteuil roulant L�ve-personne	A. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> C. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> G. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> H. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Besoin d'aide pour se lever, se transférer et se mobiliser Niveau du sol – � proximité d'une sortie extérieure Le personnel doit maîtriser la technique de transport avec drap.	Transporter en lieu sûr avec drap

Complément – Fiche 1 : Exemples d'analyse de la capacité à évacuer des résidents (suite)

*** 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.

LÉGENDE : O = Oui N = Non

Chambre	Nom du résident	Problématique	Précision	Raisons pour lesquelles la personne n'a pas respecté ou pourrait ne pas respecter le délai d'évacuation				Pour les besoins de la GRSI	
				Mobilité	Compréhension	Surdité	Vision	Résumé des problématiques Emplacement Conseils/Mesures compensatoires	Code de couleur Mesure d'aide
4	M. ou Mme	1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input checked="" type="checkbox"/> 3. Surdité <input checked="" type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>	Troubles cognitifs légers Appareils auditifs	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> D. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	A. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Difficulté à s'orienter mais suit les consignes ou les autres N'entend pas sans ses appareils Niveau 2 – � proximité d'une séparation coupe-feu Prévoir un équipement qui compense la surdité afin d'augmenter l'autonomie à l'évacuation	Aller aviser et diriger
5	M. ou Mme.	1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input checked="" type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>	Aveugle	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ne voit pas mais autonome dans ses déplacements au quotidien Niveau 3 – Entre deux cages d'escaliers Faire le trajet régulièrement jusqu'à l'issue la plus près avec le résident Note : Pourrait avoir un code vert si � côté d'une issue	Diriger
6	M. ou Mme.	1. Mobilité <input type="checkbox"/> 2. Compréhension <input checked="" type="checkbox"/> 3. Surdité <input type="checkbox"/> 4. Vision <input type="checkbox"/> 5. Aucune problématique <input type="checkbox"/>	Démence	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> G. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> H. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input checked="" type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> E. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/> F. O <input type="checkbox"/> N <input checked="" type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> B. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> C. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> D. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	A. O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	Ne sort pas au son de l'alarme et ne suit pas les consignes ou les autres Niveau 2 – � proximité d'une sortie extérieure Prévoir un fauteuil roulant pour accélérer l'évacuation	Aller chercher et accompagner en lieu sûr