

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'ÉVACUATION DES RÉSIDENTS

Afin de préparer la stratégie d'évacuation du bâtiment en cas d'incendie, nous avons besoin de renseignements sur votre capacité d'évacuer votre chambre ou votre logement et de vous rendre en lieu sûr.

Il est important que vous remplissiez ce questionnaire. Il servira à déterminer l'aide dont vous aurez besoin pour évacuer le bâtiment en cas d'urgence.

Merci de votre collaboration.

Nom :

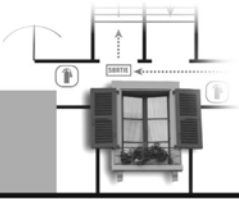
Personne à joindre en cas d'urgence :

Numéro de chambre ou d'appartement :

Numéro de téléphone :

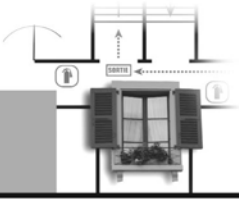
Numéro de téléphone :

Q-1.	Quand vous êtes dans votre chambre ou votre logement, pouvez-vous percevoir le signal d'alarme incendie du bâtiment?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?
Q-2.	Prenez-vous des médicaments qui pourraient vous empêcher de vous réveiller si le signal d'alarme se déclençait la nuit?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Q-3.	Êtes-vous capable de vous déplacer de votre chambre ou de votre logement jusqu'à une cage d'escalier ou jusqu'à la porte de sortie sans aide?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?
Q-4.	Êtes-vous capable d'ouvrir la porte de la cage d'escalier ou la porte de sortie sans aide?	OUI <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'ÉVACUATION DES RÉSIDENTS (SUITE)

Q-5.	Êtes-vous capable de descendre ou de monter l'escalier sans aide?	OUI <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?
Q-6.	Habituellement, pour vous déplacer, utilisez-vous : <ul style="list-style-type: none">• Un fauteuil roulant motorisé?• Un fauteuil roulant manuel?• Un triporteur?• Une béquille ou une canne?• Une marchette?• Un autre équipement ?	OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Q-7.	Êtes-vous capable de vous déplacer du lit au fauteuil roulant sans aide?	OUI <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?
Q-8.	Êtes-vous capable d'ouvrir sans aide la porte du balcon?	OUI <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?



QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'ÉVACUATION DES RÉSIDENTS (SUITE)

Q-9.	Êtes-vous capable de vous rendre sans aide sur le balcon?	OUI <input type="checkbox"/> S.O. <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> : Pourquoi?
Q-10.	Souffrez-vous : <ul style="list-style-type: none">• d'asthme?• d'un problème cardiaque? Utilisez-vous : <ul style="list-style-type: none">• de l'oxygène?• un respirateur?	OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Synthèse :

Cote : Vert : La personne peut se déplacer *sans aide* en lieu sûr.

Jaune : La personne peut, *avec de l'aide*, se rendre en lieu sûr.

Rouge : La personne a besoin de *mesures spéciales* pour être transportée en lieu sûr.

Questionnaire rempli par : _____ Date : _____

Signature du résident : _____ Date : _____