

**PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

 N° de la carte santé : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(9 chiffres)

Adresse : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO ET NOM DE LA RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Tél. : Domicile : ( ) Bureau : ( ) Cell : ( )

**PARTIE 2 : DÉTAILS DU CONSENTEMENT**

Consentement accordé \_\_\_\_\_

NOM/ADRESSE DE L'ÉTABLISSEMENT/PROGRAMME  
pour l'utilisation de renseignements médicaux personnels, particulièrement : \_\_\_\_\_

Aux fins de : \_\_\_\_\_

Le consentement vise l'utilisation de mes propres renseignements médicaux personnels :  Oui  Non

**Si la réponse est NON – remplir la partie 3.**

**PARTIE 3 : PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
NUMÉRO ET NOM DE LA RUE VILLE PROVINCE CODE POSTAL

Tél. : Domicile : ( ) Bureau : ( ) Cell. : ( )

Indiquez votre autorisation : \_\_\_\_\_  
*Il se peut que vous ayez à fournir de la documentation attestant que vous avez le pouvoir juridique d'exercer les droits du particulier.*

**PARTIE 4 : SIGNATURE DU PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT OU DE LA PERSONNE AUTORISÉE À EXERCER LES DROITS D'UN PARTICULIER**

*Je comprends que ce consentement peut être retiré ou modifié à tout moment. Le retrait n'a pas d'effet rétroactif.  
Les renseignements médicaux personnels ne peuvent être utilisés à d'autres fins que celles indiquées dans le présent document.*

Le consentement :  est valide pour un an  n'est valide que pour la présente demande  expire le 

J	J	M	M	M	A	A	A		

Signature de la personne consentante : \_\_\_\_\_ Date : 

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

**PARTIE 5 : AUTRE**

Signature du responsable en matière de protection de la vie privée : \_\_\_\_\_ Date de réception : 

J	J	M	M	M	A	A	A	A	

N° du client/dossier de santé : \_\_\_\_\_

## **Lignes directrices pour remplir le formulaire de Consentement à l'utilisation de renseignements médicaux personnels**

La *Loi sur les renseignements médicaux personnels* permet aux administrateurs, dans certaines circonstances, d'utiliser les renseignements médicaux personnels sans le consentement du particulier ou de la personne autorisée à exercer les droits d'un particulier. Ce formulaire n'est utilisé que lorsqu'un administrateur demande d'utiliser des renseignements médicaux personnels à des fins qui exigent le consentement du particulier ou d'une personne autorisée à exercer les droits d'un particulier.

### Partie 1 : Consentement du patient/client/résident

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, la date de naissance, le numéro de la carte de santé (NIP de 9 chiffres au Manitoba ou numéro d'une carte santé d'une autre province), l'adresse complète et les numéros de téléphone du particulier concerné.

### Partie 2 : Détails du consentement

- Indiquez le nom de l'hôpital, du foyer de soins personnels, de la clinique, du centre de santé communautaire et/ou du programme (sage-femmerie, soins à domicile, santé publique, santé mentale, etc.) qui demande l'utilisation des renseignements médicaux personnels.
- Précisez les renseignements médicaux personnels que l'administrateur demande d'utiliser.
- Précisez la raison pour laquelle les renseignements seront utilisés.
- Indiquez si le consentement vise l'utilisation des renseignements médicaux personnels du particulier concerné. Si c'est le cas, cochez « Oui », sinon, cochez « Non » et remplissez la partie 3.

### Partie 3 : Personne autorisée à exercer les droits d'un particulier

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, l'adresse complète et les numéros de téléphone de la personne autorisée à exercer les droits d'un particulier que les renseignements concernent.
- Choisissez la catégorie ci-dessous qui décrit l'autorité de la personne autorisée d'exercer les droits du particulier concerné :
  - (a) toute personne ayant obtenu l'autorisation écrite du particulier concerné indiquant qu'elle peut agir en son nom;
  - (b) un mandataire nommé par le particulier en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé*;
  - (c) un comité nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, si le comité a l'autorisation de prendre des décisions en matière de soins de santé au nom du particulier;
  - (d) un décideur substitut en matière de soins personnels, nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, si le pouvoir d'agir est lié à l'autorisation et aux responsabilités du décideur substitut;
  - (e) le parent ou le tuteur d'un mineur, si le mineur est incapable de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé;
  - (f) dans le cas d'une personne décédée, son représentant personnel.

S'il est raisonnable de croire qu'il n'existe aucune personne citée dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus ou qu'aucune de ces personnes n'est disponible, le majeur cité dans les catégories suivantes, selon l'ordre donné, et qui serait facilement disponible et voudrait agir au nom du particulier, pourrait exercer les droits du particulier incapable de le faire :

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| (a) l'époux ou l'épouse du particulier, ou son conjoint ou sa conjointe de fait, avec qui le particulier habite; | (f) un grand-parent;       |
| (b) un fils ou une fille;  | (g) un petit-enfant;       |
| (c) le père ou la mère, si le particulier est majeur;  | (h) une tante ou un oncle; |
| (d) un frère ou une sœur;  | (i) un neveu ou une nièce. |
| (e) une personne avec qui le particulier a une relation personnelle intime;                                      |                            |

Rang de naissance : Le plus âgé de deux membres de la famille ou plus, cités dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus, sera toujours préféré aux autres.

### Partie 4 : Signature

- Indiquez si la demande est valide pour un an, n'est valide que pour la présente demande ou possède une date d'expiration en cochant la case appropriée. S'il existe une date d'expiration, précisez-la.
- Signature du patient/client/résident ou de la personne autorisée à exercer les droits du particulier concerné (selon la description à la partie 1 ou 3).
- Inscrivez la date d'obtention du consentement.
- Insérez le formulaire de Consentement à l'utilisation de renseignements médicaux personnels complété dans le dossier de santé du patient/client/résident.

### Partie 5 : Autre

- Signature du responsable en matière de protection de la vie privée.
- Inscrivez la date de réception de la demande ainsi que le numéro de client/dossier de santé.
- Insérez le formulaire de consentement à l'utilisation de renseignements médicaux personnels complété dans le dossier de santé du patient/client/résident.