



## Déclaration du mandataire spécial

(v.2, 2023)

Lorsqu'il n'y a aucune personne autorisée par écrit à donner le consentement, conformément aux alinéas 25(1)d) à m) de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, s'il est constaté qu'une personne physique est incapable de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements personnels sur la santé, les personnes ci-dessous peuvent, pour le compte et à la place de la personne physique, agir à titre de mandataire spécial et donner, refuser ou retirer le consentement :

1. son conjoint ou son conjoint de fait;
2. son enfant adulte\*;
3. son père, sa mère ou son tuteur;
4. son frère ou sa sœur adulte\*;
5. son petit-enfant adulte\*;
6. son oncle ou sa tante adulte\*;
7. son neveu ou sa nièce adulte\*;
8. l'un quelconque de ses autres proches parents adultes\*;
9. son fournisseur de soins de santé;
10. le curateur public.

*\*âgé de 19 ans ou plus*

\_\_\_\_\_ (le/la « patient/e ») est incapable de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de ses renseignements personnels sur la santé. Je, \_\_\_\_\_ (*nom du mandataire spécial en lettres moulées*) consens à agir à titre de mandataire spécial du/de la patient/e.

J'atteste ce qui suit (*toutes les cases doivent être cochées et les champs remplis pour agir à titre de mandataire spécial*) :

- Je suis le/la \_\_\_\_\_ (*lien avec le/la patient/e en lettres moulées*), tel qu'il est indiqué à la catégorie n° \_\_\_\_\_ ci-dessus.
- J'ai été en contact personnel avec le/la patient/e depuis les douze derniers mois.
- Je suis prêt/e à assumer la responsabilité de consentir ou refuser de consentir à la divulgation d'information au nom du/de la patient/e.
- Il n'y a aucune personne autorisée par écrit et je ne connais aucune personne de la même catégorie ou d'une catégorie plus élevée parmi la liste ci-dessus qui serait apte et prête à prendre des décisions au nom du/de la patient/e en ce qui concerne la divulgation de ses renseignements.

(suite à la page suivante)



LIEN SANTÉ  
NB HEALTH LINK

SERVICES DE SANTÉ NB  
**MEDAVIE**  
HEALTH SERVICES NB

## Déclaration du mandataire spécial

(v.2, 2023)

J'ai lu et compris tout ce qui précède. J'atteste que les énoncés figurant au présent formulaire sont exacts au meilleur de ma connaissance.

En lieu de signature, vous pouvez confirmer votre identité en incluant une copie d'une pièce d'identité telle que votre permis de conduire ou votre carte d'assurance-maladie à votre demande. Ne fournissez pas une copie de votre carte de crédit ou de votre carte d'assurance sociale comme preuve d'identité.

---

**Signature**

---

**Date**