

# EM/ANB

Déclaration du mandataire spécial (version 1.1, 2018)



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.
- 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.

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.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Réservé à l'administration

Reçue par : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_