

# Autorisation d'utiliser et de communiquer des renseignements médicaux personnels



## Par la présente, j'autorise

- l'utilisation par : Santé Manitoba
- la divulgation à : \_\_\_\_\_

... des renseignements médicaux personnels du particulier suivant.

SECTION 1 : Particulier sur qui portent les renseignements		
Prénom(s)		Nom de famille
Numéro d'identification personnelle (NIP)		Numéro d'immatriculation de Santé Manitoba
Date de naissance (jj-mm-aaaa) -                      -		Téléphone
Adresse	Ville	Code postal

SECTION 2 : Précisions sur le consentement
Renseignements particuliers à utiliser ou à communiquer :
_____
_____
_____
But de l'utilisation ou de la communication :
_____
_____
_____

SECTION 3 : Particulier donnant son consentement
<input type="checkbox"/> Je suis le particulier sur qui portent les renseignements. (Passez à la section 5 : Restrictions relatives au consentement.)
<input type="checkbox"/> J'ai l'autorisation d'exercer les droits du particulier sur qui portent ces renseignements. (Passez à la section 4 : Personne ayant une autorisation d'accès.)

**SECTION 4 : Personne ayant une autorisation d'accès**

Veillez cocher la case qui s'applique parmi les choix énumérés ci-dessous et joindre les documents qui prouvent que vous avez l'autorisation d'agir au nom du particulier sur qui portent les renseignements.

- J'ai une autorisation écrite de ce particulier.
- Je suis le mandataire nommé en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé* de ce particulier.
- Je suis le curateur nommé en vertu de la *Loi sur la santé mentale* de ce particulier et j'ai le pouvoir de prendre des décisions liées aux soins de santé pour celui-ci.
- Je suis le subrogé à l'égard des soins personnels nommé en vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale* de ce particulier.
- Je suis un procureur agissant dans le cadre d'une procuration accordée par le particulier et j'exerce les droits du particulier dans l'exercice de mes fonctions.
- Je suis le parent ou le tuteur de ce particulier mineur, et celui-ci n'a pas la capacité de prendre des décisions liées aux soins de santé.
- Ce particulier est décédé et je suis son exécuteur testamentaire ou son administrateur successoral.
- Aucun représentant parmi ceux susmentionnés n'existe ou n'est disponible; conformément au paragraphe 60(2) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (voir à la page 3), je souhaite exercer les droits de ce particulier incapable de le faire parce que j'ai le lien personnel suivant avec ce particulier : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 : Restrictions relatives au consentement**

Le présent  n'est valide que pour la demande suivante  expire le : \_\_\_\_\_  
 consentement :  est valide pendant un an (jj-mois-année)

**SECTION 6 : Déclarations relatives au consentement**

Je déclare que, conformément à ce qui est indiqué à la section 3, j'ai le pouvoir de consentir à l'utilisation ou à la communication de ces renseignements.

Je comprends que ces renseignements sont nécessaires à l'accomplissement du but susmentionné et que seul le nombre minimal de renseignements nécessaires à la réalisation de la fin à laquelle ils sont destinés seront utilisés ou communiqués.

Je comprends que je peux révoquer ou modifier ce consentement par écrit à tout moment avant sa date d'expiration.

Je déclare que le présent consentement a été donné librement.

Date :

\_\_\_\_\_  
Signature du particulier donnant son consentement

\_\_\_\_\_  
(jj-mm-aaaa)

Si vous avez des questions à propos de l'utilisation de ce formulaire, veuillez communiquer avec:

Secrétariat législatif — Santé Manitoba

300, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3B 3M9

Téléphone : 204 788-6618

Télec. : 204 945-1020

Courriel : [PHIAinfo@gov.mb.ca](mailto:PHIAinfo@gov.mb.ca)

# *Loi sur les renseignements médicaux personnels*

## **Article 60**

### **Exercice de droits par autrui**

60(1) Les droits que la présente loi confère à un particulier peuvent être exercés :

- a) par toute personne que le particulier autorise par écrit à agir en son nom;
- b) par le mandataire que nomme le particulier en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé*;
- c) par le curateur nommé pour le particulier en vertu de la *Loi sur la santé mentale* s'il a le pouvoir de prendre des décisions liées aux soins de santé au nom du particulier;
- d) par le subrogé à l'égard des soins personnels nommé pour le particulier en vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, si l'exercice des droits se rapporte aux attributions du subrogé;
  - d.1) par un fondé de pouvoir agissant en vertu d'une procuration donnée par le particulier, si l'exercice de ces droits ou pouvoirs est lié aux attributions que la procuration confère;
- e) par le père, la mère ou le tuteur du particulier, si celui-ci est un mineur qui n'a pas la capacité de prendre des décisions liées aux soins de santé;
- f) dans le cas où le particulier est décédé, par son représentant personnel.

### **Adulte disposé à exercer les droits du particulier**

60(2) Si le dépositaire a des motifs raisonnables de croire qu'aucune personne visée au paragraphe (1) n'existe ou n'est disponible, l'adulte mentionné en premier lieu dans les alinéas ci-dessous qui est facilement disponible et qui est disposé à agir peut exercer les droits du particulier incapable de le faire :

- a) le conjoint ou le conjoint de fait avec lequel le particulier vit;
- b) un fils ou une fille;
- c) le père ou la mère, si le particulier est un adulte;
- d) un frère ou une sœur;
- e) une personne avec laquelle on sait que le particulier entretient des liens personnels étroits;
- f) un grand-père ou une grand-mère;
- g) un petit-fils ou une petite-fille;
- h) un oncle ou une tante;
- i) un neveu ou une nièce.

### **Préférence**

60(3) Pour l'application du paragraphe (2), la préférence est accordée au membre de la famille le plus âgé que vise un alinéa.