

## IDENTIFICATION DU MANDATAIRE SPÉCIAL POUR UN PATIENT INCAPABLE

Gestion intégrée des risques

Vitalité      Zone :  1B    4    5    6      Établissement : \_\_\_\_\_

\*Tout ordre de la cour ou toute procuration pour soins personnels a préséance sur ce formulaire.

Le présent formulaire a pour but de faciliter l'identification d'une personne pouvant donner ou refuser le consentement aux soins personnels au nom du patient incapable précité.

Prénom et nom du déclarant :	
Adresse et n° de téléphone :	
<b>Lien avec la personne incapable (Cochez <u>UN</u> choix parmi les choix suivants.)</b>	
1. Tuteur nommé par une cour compétente <input type="checkbox"/> 2. Curateur <input type="checkbox"/> 3. Fondé de pouvoir en vertu d'une procuration pour soins personnels <input type="checkbox"/> <b>*Pour les choix 1 à 3 ci-dessus, fournissez une copie de l'ordre de la cour ou de la procuration.</b>	
4. Personne nommée par le patient au moment où il était capable <input type="checkbox"/> 5. Conjoint ou conjoint de fait <input type="checkbox"/> 6. Enfant âgé d'au moins 16 ans <input type="checkbox"/> 7. Parent ayant la garde <input type="checkbox"/> 8. Sœur ou frère âgé d'au moins 16 ans <input type="checkbox"/> 9. Autre membre de la famille : <input type="checkbox"/> _____	
Pour les choix 4 à 9 ci-dessus, vous pouvez agir à titre de mandataire spécial si vous répondez « oui » aux affirmations suivantes :	
1. Je suis âgé d'au moins 19 ans, ou je suis âgé d'au moins 16 ans et je suis le parent du patient incapable.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Je pense que le patient, s'il en avait été capable, ne se serait pas objecté à ce que je prenne une décision sur ses soins personnels ou que j'aie accès aux renseignements personnels sur sa santé.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Je souhaite assumer la responsabilité de consentir ou de refuser de consentir aux soins personnels proposés pour le patient.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Je crois qu'aucune personne d'un niveau légal plus élevé (selon la liste ci-dessus) ou du même niveau que le mien n'est disponible, n'est volontaire et ne revendique le droit de consentir ou de refuser de consentir aux soins personnels du patient.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\_\_\_\_\_  
Nom du mandataire spécial

\_\_\_\_\_  
Signature du mandataire spécial

\_\_\_\_\_  
Nom du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

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

Note : Placez l'original au dossier du patient, ainsi qu'une copie de l'ordre de la cour/de la procuration s'il y a lieu.



**IDENTIFICATION OF SUBSTITUTE DECISION  
MAKER FOR INCOMPETENT PATIENT**

Intergrated Risk Management

Vitalité      Zone :  1B    4    5    6      Facility : \_\_\_\_\_

\*Any court order or power of attorney for personal care takes precedence over this form.

The purpose of this form is to facilitate the identification of a person to give or refuse consent to personal care on behalf of the above-mentioned incompetent patient.

Declarant's full name:		
Address and phone number:		
<b>Relationship with the incompetent person (Check <u>ONE</u> of the following choices.)</b>		
1. Guardian appointed by a court of competent jurisdiction <input type="checkbox"/> 2. Trustee <input type="checkbox"/> 3. Attorney under a power of attorney for personal care <input type="checkbox"/> <b>*For choices 1 to 3, provide a copy of the court order or power of attorney.</b>		
4. Person appointed by the patient when the latter was competent <input type="checkbox"/> 5. Spouse or common-law partner <input type="checkbox"/> 6. Child who has reached the age of 16 <input type="checkbox"/> 7. Custodial parent <input type="checkbox"/> 8. Sibling who has reached the age of 16 <input type="checkbox"/> 9. Other family member: <input type="checkbox"/> _____		
For choices 4 to 9, you may act as substitute decision maker if you answer "yes" to the following statements:		
5. I have reached the age of 19 or I have reached the age of 16 and I am the parent of the incompetent patient.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
6. I believe that if the patient had been competent, he or she would have had no objection to me making a decision about his or her personal care or having access to his or her personal health information.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
7. I wish to take responsibility for giving or refusing consent to personal care proposed for the patient.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
8. I believe that no one at a higher rank (according to the above list) or at the same rank as I is available, willing, and claiming the right to give or refuse consent to the patient's personal care.	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

\_\_\_\_\_  
Name of substitute decision maker

\_\_\_\_\_  
Signature of substitute decision maker

\_\_\_\_\_  
Name of witness

\_\_\_\_\_  
Signature of witness

\_\_\_\_\_  
Date (yyyy-mm-dd)

Note: Place the original in the patient's record with a copy of the court order/power of attorney, if applicable.