



À : \_\_\_\_\_  
(nom du/de la malade en caractères d'imprimerie)

de/du : \_\_\_\_\_  
(adresse du domicile)

Vous êtes informé(e) par les présentes que le \_\_\_\_\_  
(date de la décision)

je soussigné(e), \_\_\_\_\_  
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

ai établi que vous

*Cocher la ou les cases appropriées*

*Formule à utiliser par le/la malade pour contester la décision*

- |   |                |
|---|----------------|
| 1. <input type="checkbox"/> êtes mentalement incapable de consentir à la collecte, l'utilisation ou la divulgation de renseignements personnels sur la santé, aux termes de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé | 1. Formule P-1 |
| 2. <input type="checkbox"/> n'êtes pas mentalement capable de gérer vos biens   | 2. Formule 18  |
| 3. <input type="checkbox"/> n'êtes pas mentalement capable de consentir au traitement d'un trouble mental (« traitement » au sens de la <i>Loi sur le consentement au traitement</i> )  | 3. Formule A   |

*Cocher la case appropriée :*

- |  |               |
|--|---------------|
| 1. <input type="checkbox"/> un certificat d'incapacité de gestion des biens a été émis | 1. Formule 21 |
| 2. <input type="checkbox"/> un certificat de prolongation a été émis                   | 2. Formule 24 |

Si vous souhaitez contester cette ou ces décisions, vous avez le droit de demander la tenue d'une audience auprès de la Commission. Pour faire une demande d'audience, il suffit de remplir la formule appropriée mentionnée ci-dessus.

Vous pouvez vous procurer les formules de requête auprès d'un(e) conseiller(ère) en matière de droits, de l'établissement psychiatrique et des bureaux régionaux de la Commission.

\_\_\_\_\_  
(date)

\_\_\_\_\_  
(signature du médecin)

\_\_\_\_\_  
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(nom de l'établissement psychiatrique en caractères d'imprimerie)

Après la réception de cet avis, un(e) “conseiller(ère) en matière de droits” vous informera de vos droits et vous aidera à présenter une requête d’audience, si vous en manifestez le désir.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir de l’aide à ce sujet, prière de contacter

---

(nom(s) du ou des membres du personnel concerné en caractères d'imprimerie)

---

(numéro de téléphone)

---

(nom de l'établissement psychiatrique en caractères d'imprimerie)

**Remarque :**

*Le médecin avise dans les plus brefs délais un(e) conseiller(ère) en matière de droits.*

---

((date et heure auxquelles le conseiller/la conseillère en matière de droits a été avisé(e))