



FORMULAIRE 20 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ALINÉA 43(7)B)
MENTION DE DÉSACCORD AVEC UN DOSSIER CLINIQUE

Ce formulaire doit être rempli par une personne qui est en désaccord avec les faits établis dans son dossier clinique. Il doit être versé au dossier clinique de la personne.

Une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :

- ☐ au directeur général de l'Hôpital général de Whitehorse;
- ☐ au médecin;
- ☐ à quiconque a reçu des copies du dossier clinique dans la dernière année.

DANS L'AFFAIRE DE LA *Loi sur la santé mentale*

CONCERNANT _____
NOM DU DEMANDEUR

J'estime qu'une erreur a été commise dans les parties suivantes de mon dossier clinique (préciser les parties erronées) :

J'estime que les faits exacts sont les suivants :

FAIT à _____,
ce ____ jour de _____, 20 ____.

Signature du demandeur

Nom du demandeur en lettres détachées