



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES  
**DÉCLARATION D'APTITUDE RELATIVE À LA LOI SUR LA  
PROTECTION ET LA GESTION DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Ce formulaire doit être rempli par un médecin ou une infirmière praticienne. Il sert à déterminer si une personne est apte à donner son consentement, conformément à l'article 45 de la *Loi sur la protection et la gestion des renseignements médicaux*.

Personne dont l'aptitude à consentir est déterminée		
Nom complet	Date de naissance AAAA/MM/JJ	
Renseignements sur le mandataire spécial proposé		
Nom complet	Adresse de résidence	Territoire/Province
Renseignements du médecin ou de l'infirmière praticienne		
Nom complet	Numéro de téléphone	
Profession (médecin ou infirmière praticienne)		
Numéro de permis		
Adresse		

Je, \_\_\_\_\_, ai examiné la personne susmentionnée et déclare qu'elle (cocher la ou les réponses qui s'appliquent) :

n'est pas apte à comprendre l'information qui est pertinente pour décider de donner ou non son consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de ses renseignements personnels pour :

- une demande d'accès à des renseignements;
- une preuve de vaccination.

n'est pas apte à mesurer les conséquences raisonnablement prévisibles si elle donne, retire ou refuse de donner son consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de ses renseignements personnels pour :

- une demande d'accès à des renseignements;
- une preuve de vaccination.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
AAAA/MM/JJ

Date

Il est à noter que le ministère de la Santé et des Affaires sociales pourrait communiquer avec vous si d'autres renseignements étaient nécessaires.