



FORMULAIRE 10 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, PARAGRAPHE 21(4)  
**DEMANDE D’AUTORISATION D’UN TRAITEMENT DÉTERMINÉ**

Ce formulaire doit être rempli par le médecin traitant. L’autorisation du Conseil d’examen de la capacité et du consentement est nécessaire pour le traitement d’un patient qui n’est pas mentalement capable de consentir à un traitement et dont le consentement a été donné par un subrogé en son nom, dans le cas d’un traitement de chimiothérapie pendant une période supérieure à trois mois.

**Le plan de traitement du patient doit être joint et une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :**

- au Conseil d’examen de la capacité et du consentement (fax : 867-633-6954);
- au directeur général de l’Hôpital général de Whitehorse.

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

**CONCERNANT** \_\_\_\_\_ ci-après nommé le patient.  
NOM DE LA PERSONNE

Je, \_\_\_\_\_, médecin autorisé à exercer la médecine dans le territoire du Yukon, énonce les faits ci-dessous sur lesquels se fonde mon opinion exprimée dans le plan de traitement ci-joint pour un traitement de chimiothérapie pendant une période supérieure à trois mois.

---



---



---



---



---

Je demande par les présentes une ordonnance autorisant le traitement proposé.

Nom du subrogé \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_

**Nota** – Le plan de traitement doit être joint à ce formulaire.

**FAIT** à \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin en lettres détachées