



**DISCLOSURE OF PERSONAL HEALTH INFORMATION  
TO POLICE WITHOUT CONSENT**

**PART 1: PATIENT/CLIENT/RESIDENT INFORMATION**

\_\_\_\_\_ LAST NAME FIRST NAME \_\_\_\_\_

Date of Birth: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| D | D | M | M | M | Y | Y | Y |

Address: \_\_\_\_\_ STREET NAME AND NUMBER CITY PROVINCE POSTAL CODE \_\_\_\_\_

Phone Numbers: Home: ( ) \_\_\_\_\_ Work: ( ) \_\_\_\_\_ Cell: ( ) \_\_\_\_\_

**PART 2: INFORMATION REQUESTED**

Date(s) and where services provided: \_\_\_\_\_

Specific personal health information being requested: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

This is required for the following reason(s):  
To prevent or lessen a serious and immediate threat to:

the mental or physical health or the safety of the individual the information is about or another individual (*Specify*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

public health or public safety (*Specify*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

For the purpose of:

contacting a relative or friend of an individual who is injured, incapacitated, or ill

assisting in identifying a deceased individual

informing the representative or a relative of a deceased individual, or any other person it is reasonable to inform in the circumstances, of the individual's death

Or

Required in anticipation of or for use in a civil or quasi-judicial proceeding **to which the trustee is a party**;

Required in anticipation of or the prosecution of an offence. (*Specify*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Authorized or required by an enactment of Manitoba or Canada. (*Specify*) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Required to assist in locating an individual reported as being a missing person. Demographic Information ONLY

**PART 3: SIGNATURE OF POLICE OFFICER**

*The personal health information requested can only be used for the purpose(s) specified on this form.*

Police Officer's Name (*print*) \_\_\_\_\_ LAST NAME FIRST NAME \_\_\_\_\_ Badge Number: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Agency:  City of Winnipeg  RCMP  Other: \_\_\_\_\_

Police Officer's Signature: \_\_\_\_\_ Date of Request: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| D | D | M | M | M | Y | Y | Y |



**DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX PERSONNELS  
À UN SERVICE DE POLICE SANS CONSENTEMENT**

**PARTIE 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT/CLIENT/RÉSIDENT**

NOM DE FAMILLE \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

Date de naissance : 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| J | J | M | M | M | A | A | A | A | A |

Adresse : \_\_\_\_\_

NOM DE RUE ET NUMÉRO MUNICIPAL

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

N<sup>os</sup> de téléphone : Maison : (    )                      Travail : (    )                      Tél. Cell : (    )

**PARTIE 2 : RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS**

Date(s) et lieux de la prestation des services : \_\_\_\_\_

Renseignements médicaux personnels demandés : \_\_\_\_\_

Ces renseignements sont demandés pour la ou les raisons suivantes :

Pour prévenir ou minimiser une menace grave et immédiate :

envers la santé mentale ou physique ou la sécurité de la personne sur qui les renseignements portent ou d'une autre personne (Veuillez préciser) \_\_\_\_\_

envers la santé publique ou la sécurité publique (Veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Dans le but :

de communiquer avec un membre de la famille ou un ami de la personne blessée, en état d'incapacité ou malade

de faciliter l'identification d'une personne décédée

d'informer du décès le représentant ou un membre de la famille de la personne décédée, ou toute autre personne qu'il est raisonnable d'informer dans les circonstances

Ou les renseignements

sont demandés en prévision ou dans le cadre d'une procédure civile ou d'une procédure quasi-judiciaire **dans laquelle le dépositaire est partie prenante;**

sont demandés en prévision ou dans le cadre d'une poursuite intentée relativement à une infraction. (Veuillez préciser) \_\_\_\_\_

sont autorisés ou demandés conformément à des dispositions législatives du Manitoba ou du Canada. (Veuillez préciser) \_\_\_\_\_

sont demandés pour faciliter la recherche d'une personne dont la disparition a été signalée. Données démographiques SEULEMENT

**PARTIE 3 : SIGNATURE DE L'AGENT DE POLICE**

*Les renseignements médicaux personnels demandés ne peuvent être utilisés qu'aux fins précisées dans le présent formulaire.*

Nom de l'agent de police (*letters moulées*) \_\_\_\_\_ Numéro d'insigne : \_\_\_\_\_

NOM DE FAMILLE

PRÉNOM

Numéro de téléphone : (    )                      Service :  Ville de Winnipeg  GRC  Autre : \_\_\_\_\_

Signature de l'agent de police : \_\_\_\_\_ Date de la demande : 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| J | J | M | M | M | A | A | A | A | A |