

Lignes directrices pour remplir le formulaire « Consentement à l'utilisation de renseignements médicaux personnels (RMP) »

La *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (LRMP) permet au dépositaire d'utiliser les RMP, dans des circonstances spécifiques, sans le consentement du particulier concerné ni de la personne autorisée à exercer les droits d'un particulier. Le présent formulaire doit être utilisé **seulement** dans le cas où le dépositaire demande à utiliser les RMP à des fins qui exigent le consentement du particulier concerné ou de la personne autorisée à exercer les droits d'un particulier.

Partie 1 : Consentement du patient/client/résident

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, la date de naissance, le numéro de la carte de santé (le numéro NIMP de 9 chiffres du Manitoba ou le numéro de la carte de santé provenant d'une autre compétence), l'adresse complète et les numéros de téléphone du particulier que les renseignements concernent.

Partie 2 : Détails du consentement

- Indiquez le nom de l'hôpital, du foyer de soins de longue durée, de la clinique, du centre de santé communautaire ou du programme (sage-femme, soins à domicile, santé publique, santé mentale, etc.) qui fait la demande de consentement à l'utilisation de RMP.
- Précisez les RMP que le dépositaire demande à utiliser.
- Précisez à quelles fins les renseignements seront utilisés.
- Indiquez si le consentement à l'utilisation des renseignements concerne les RMP propres au particulier; si oui, cochez « oui », si non, cochez « non » et remplissez la partie 3.

Partie 3 : Personne autorisée à exercer les droits d'un particulier

- Inscrivez le nom de famille, le prénom, l'adresse complète et les numéros de téléphone de la personne autorisée à exercer les droits du particulier que les renseignements concernent.
- Choisissez la catégorie ci-dessous qui décrit votre autorisation d'exercer les droits du particulier concerné :
 - (a) toute personne ayant obtenu l'autorisation écrite du particulier concerné indiquant qu'elle peut exercer les droits du particulier;
 - (b) un mandataire nommé par le particulier en vertu de la *Loi sur les directives en matière de soins de santé*;
 - (c) un curateur nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, si le curateur a l'autorisation de prendre des décisions en matière de soins de santé au nom du particulier;
 - (d) un décideur substitut en matière de soins personnels, nommé au nom du particulier en vertu de la *Loi sur les personnes vulnérables ayant une déficience mentale*, si le pouvoir d'agir est lié à l'autorisation et aux responsabilités du décideur substitut;
 - (e) le parent ou le tuteur d'un mineur, si le mineur est incapable de prendre ses propres décisions en matière de soins de santé;
 - (f) dans le cas d'une personne décédée, son représentant personnel.

Si'il est raisonnable de croire qu'il n'existe aucune personne citée dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus ou qu'aucune de ces personnes n'est disponible, le majeur cité dans les catégories suivantes, selon l'ordre donné, et qui serait facilement disponible et voudrait agir au nom du particulier, pourrait exercer les droits du particulier frappé d'incapacité :

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| (a) l'époux ou l'épouse du particulier, ou son conjoint ou sa conjointe de fait, avec qui le particulier habite; | (f) un grand-parent; |
| (b) le fils ou la fille; | (g) un petit-enfant; |
| (c) le père ou la mère, si le particulier est majeur; | (h) une tante ou un oncle; |
| (d) un frère ou une sœur; | (i) un neveu ou une nièce. |
| (e) une personne avec qui le particulier a une relation personnelle intime; | |

Rang de naissance : Le plus aîné de deux parents ou plus, cités dans l'une ou l'autre catégorie ci-dessus, sera toujours préféré aux autres parents de la même catégorie.

Partie 4 : Signature

- Cochez la bonne case pour indiquer si la demande est valide pour un an, n'est valide que pour la présente demande, ou a une date d'expiration. Précisez la date d'expiration du consentement, le cas échéant.
- Signature du patient/client/résident ou de la personne autorisée à exercer les droits du particulier concerné (selon la description à la partie 1 ou 3).

- La date du consentement.
- Le formulaire, « Consentement à l'utilisation de renseignements médicaux personnels » dûment rempli, doit être classé dans le dossier du patient/client/résident.