

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal

Québec



Date : _____
ANNÉE - MOIS - JOUR

IUSMM



LHL40284

IUSMM HMR HSC

NO DE DOSSIER : _____

NOM / PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NO D'ASS. MALADIE : _____

Exp. : _____

MÉDECIN TRAITANT : Dr _____

UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____

INTERDICTION OU RESTRICTION À CERTAINES COMMUNICATIONS

(RLRQ,c.P-38.001, art.17)

Conformément à l'article 17 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (P-38.001), je suis d'avis qu'il est dans votre intérêt de vous interdire ou de restreindre temporairement certaines communications.

En aucun cas, l'interdiction ou la restriction ne peut s'étendre à vos communications avec les personnes suivantes :

- votre représentant;
- la personne habilitée à consentir aux soins nécessaires pour votre état de santé;
- votre avocat;
- le Curateur public;
- le Tribunal administratif du Québec.

Interdiction Restriction

Nom de la personne visée :

Date d'échéance :

Année / Mois / Jour

Motifs :

Dans le cas de la restriction d'une communication, les modalités d'application sont :

Interdiction Restriction

Nom de la personne visée :

Date d'échéance :

Année / Mois / Jour

Motifs :

Dans le cas de la restriction d'une communication, les modalités d'application sont :

Signature du médecin et numéro de permis de pratique

Date (AAAA-MOIS-JOUR)

Le formulaire dûment rempli doit être remis à l'usager et une copie doit être versée à son dossier.

INTERDICTION OU RESTRICTION À CERTAINES COMMUNICATIONS