

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal  Québec	Date : _____ <small>ANNÉE - MOIS - JOUR</small>	NO DE DOSSIER : _____ NOM / PRÉNOM : _____ DATE DE NAISSANCE : _____ NO D'ASS. MALADIE : _____ Exp. : _____ MÉDECIN TRAITANT : Dr _____ UNITÉ / CLIN. / PROG. : _____
	IUSMM  LHL40284 <input type="checkbox"/> IUSMM <input type="checkbox"/> HMR <input type="checkbox"/> HSC	

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'utilisateur et une copie doit être versée à son dossier.

INTERDICTION OU RESTRICTION À CERTAINES COMMUNICATIONS