

**I N S T R U C T I O N S**

Le fournisseur de soins de santé qui remplit le présent formulaire doit s'assurer qu'une copie soit :

- envoyée au tuteur et curateur public;
- fournie à la personne visée.

**Au sujet de :** \_\_\_\_\_  
Nom de la personne en lettres détachées

de \_\_\_\_\_  
Adresse à domicile de la personne

qui réside présentement au \_\_\_\_\_,  
Nom de l'établissement ou de tout autre lieu de résidence

numéro d'assurance-santé \_\_\_\_\_, numéro de téléphone \_\_\_\_\_.

Je, \_\_\_\_\_  
Nom du fournisseur de soins de santé en lettres détachées

de \_\_\_\_\_ déclare :  
Nom de la clinique médicale ou de l'établissement de soins de santé en lettres détachées

1. Le \_\_\_\_\_, j'ai constaté que la personne mentionnée ci-dessus est incapable de  
Date (jour/mois/année)  
donner ou de refuser son consentement à l'égard d'une décision relative aux soins, en l'occurrence

\_\_\_\_\_.  
Décision relative aux soins ou aux traitements, laquelle elle est incapable de faire

2. J'ai constaté les faits suivants qui indiquent l'incapacité de donner ou de refuser un consentement à la  
décision ci-dessus (incapable de comprendre et d'apprécier les conséquences probables de la décision et  
qui s'applique à sa propre situation).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Les faits suivants, s'il y a lieu, indiquent l'incapacité de consentir à une décision sur les soins et ils m'ont été  
communiqués par d'autres personnes. (*Précisez les faits et la source de renseignements.*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. À ma connaissance, la personne mentionnée ci-dessus devrait pouvoir prendre des décisions financières, y compris :

- |                                                               |                                                               |                                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> payer des factures                   | <input type="checkbox"/> utiliser de petites sommes d'argent  | <input type="checkbox"/> solder des comptes         |
| <input type="checkbox"/> paiement mensuel location/hypothèque | <input type="checkbox"/> utiliser des sommes d'argent élevées | <input type="checkbox"/> gérer des investissements  |
| <input type="checkbox"/> payer des dettes                     | <input type="checkbox"/> gérer une entreprise                 | <input type="checkbox"/> paiement des taxes         |
| <input type="checkbox"/> faire un chèque                      |                                                               | <input type="checkbox"/> remplir un rapport d'impôt |
|                                                               |                                                               | <input type="checkbox"/> autres _____               |

5. J'ai constaté les faits suivants qui indiquent une incapacité de faire preuve d'un bon jugement ou de prendre des décisions raisonnables concernant les décisions financières mentionnées ci-dessus (incapable de comprendre et d'apprécier les conséquences logiques de ses décisions financières et/ou incapable de mettre en application une décision prise).

---

---

---

---

---

---

---

6. Les faits suivants, s'il y a lieu, indiquent l'incapacité de prendre une décision financière raisonnable ou de faire preuve d'un bon jugement sur ses finances et ils m'ont été communiqués par d'autres personnes. (Précisez les faits et la source de renseignements.)

---

---

---

---

---

---

---

7. Veuillez fournir les renseignements que vous possédez sur les biens de la personne (par exemple, les comptes bancaires, les factures) qui s'appliqueront lors de la gestion des biens de cette personne :

---

---

---

---

---

---

---

8. Personnes qui peuvent fournir des renseignements sur les affaires financières de la personne au tuteur et curateur public et avec qui pourraient communiquer le décisionnaire remplaçant, un ami ou tout autre membre de la famille.

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres détachées de la personne avec qui communiquer

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone

9. Je crois, en raison de motifs valables, que l'état de santé de la personne ci-dessus mentionnée, soit \_\_\_\_\_, la rend incapable de prendre des décisions raisonnables concernant ses affaires financières. Ces motifs sont :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FAIT** à \_\_\_\_\_,  
ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ mois, \_\_\_\_\_ année.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ  
EN LETTRES DÉTACHÉES

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU TÉMOIN

Les renseignements dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de la *Loi sur le consentement aux soins* pour satisfaire aux besoins de délivrance d'un Certificat de nécessité de protection financière en règle. Pour tout renseignement, communiquez avec le coordonnateur de la LAIPVP au ministère de la Santé et des Affaires sociales (H-1), C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, (867) 667-5919.