

**RETRAIT DE CONSENTEMENT POUR LA
COMMUNICATION D'INFORMATIONS**

NOM DU PATIENT	PRÉNOM	In. 2e PRÉNOM
N° DE DOSSIER		
ÉTABLISSEMENT		UNITÉ

INSTRUCTIONS : REMETTRE UNE COPIE DE CE FORMULAIRE AU PATIENT ! Préparer une (1) copie pour le dossier du patient.

COMMUNICATION AVEC LE CONSENTEMENT DU PATIENT

NOM OU TITRE DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISATION À LAQUELLE LA COMMUNICATION DOIT ÊTRE FAITE	
À :	
NOM OU TITRE DE LA PERSONNE OU DE L'ORGANISATION QUI COMMUNIQUE LES INFORMATIONS	
DE :	
DATE DE L'AUTORISATION INITIALE	

Je soussigné(e) déclare par la présente retirer mon autorisation de communication d'informations à la personne/l'organisation suscitée, hormis dans le cas où des mesures fondées sur lesdites informations ont déjà été prises.

Je comprends qu'en général, le programme ne peut pas conditionner mon traitement à la signature d'un formulaire de consentement, mais que dans certaines circonstances limitées, le traitement peut m'être refusé si je ne signe pas un formulaire de consentement ou si je le retire. Je reconnais également qu'il peut y avoir des conséquences si je retire mon consentement de communication d'informations à une instance juridique qui exige ledit consentement comme condition de libération, de probation ou de liberté conditionnelle. J'ai reçu une copie de ce formulaire, comme en témoigne ma signature ci-dessous.

(Signature du patient/défendeur)

(Signature du parent/tuteur, si nécessaire)

(Nom du patient/défendeur en caractères d'imprimerie)

(Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie)

(Date)

(Date)