

**INTERDICTION OU RESTRICTION À
CERTAINES COMMUNICATIONS
(RLRQ, c.P-38.001, art.17)**

Dossier : _____
Nom, Prénom : _____
Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
AAAA-MM-JJ
NAM : _____ Exp. _____
AAAA-MM
Nom de la mère : _____

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 :				

Année	Mois	Jour	Signature du médecin	Numéro de permis de pratique

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