

**i** Pour nous joindre

**Plan de médicaments sur ordonnance  
du Nouveau-Brunswick**

C. P. 690, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8M7

**Numéro sans frais : 1-800-332-3692**

Télécopieur : 1-888-455-8322

Site Web : [gnb.ca/PMONB](http://gnb.ca/PMONB)

**Régime médicaments  
du Nouveau-Brunswick**

C. P. 690, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8M7

**Numéro sans frais : 1-855-540-7325**

Télécopieur : 1-888-455-8322

Site Web : [gnb.ca/regimemedicaments](http://gnb.ca/regimemedicaments)

## SECTION 1 - Confirmation de l'identité

### MEMBRE :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification du régime ou numéro d'assurance-maladie : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  homme  femme  
JJ/MM/AAAA

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### MANDATAIRE SPÉCIAL :

Le mandataire spécial doit être mentalement capable de prendre des décisions et être âgé d'au moins 19 ans.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_  
JJ/MM/AAAA

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Ville/village : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

## SECTION 2 - Déclaration du mandataire spécial

Conformément à l'article 25(1) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, si un membre de l'un des Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick est incapable de consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements personnels généraux et sur la santé, un mandataire spécial peut donner son consentement au nom du membre. Veuillez cocher la catégorie de mandataire spécial qui s'applique.

Une personne autorisée à l'écrit par le membre à donner son consentement.

Je, (insérer le nom du membre) \_\_\_\_\_,

autorise (insérer le nom du mandataire spécial) \_\_\_\_\_

à agir comme mandataire spécial afin d'accorder son consentement à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de mes renseignements personnels généraux et sur ma santé en mon nom aux Régimes de médicaments du Nouveau-Brunswick.

**X Signez ici -** \_\_\_\_\_ Date de  
**Membre :** \_\_\_\_\_ la signature : \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
JJ/MM AA

SUITE AU VERSO

## SECTION 2 - Déclaration du mandataire spécial (suite)

- Le curateur de la personne nommée pour le membre en vertu de la *Loi sur les personnes déficientes* si le consentement, le refus ou le retrait a trait aux attributions du curateur de la personne.
- Le fondé de pouvoir aux soins personnels nommé conformément à la *Loi sur les personnes déficientes* ou le fondé de pouvoir nommé dans une procuration relative aux biens si le consentement, le refus ou le retrait a trait aux attributions du fondé de pouvoir.
- Le mandataire du membre en vertu de la *Loi sur les directives préalables en matière de soins de santé* si le consentement, le refus ou le retrait a trait aux attributions du mandataire.
- Une autre personne autorisée en vertu de l'article 25(1) de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé* à consentir à la collecte, à l'utilisation ou à la communication des renseignements personnels généraux et sur la santé du membre.

Relation avec le membre (p. ex., mère/père, enfant, frère/sœur, tuteur, etc.) : \_\_\_\_\_

### **Veillez confirmer les éléments suivants :**

- Je confirme que je suis disposé à assumer la responsabilité de décider de donner ou de refuser mon consentement au nom du membre et
- Aucune ordonnance judiciaire et aucun accord de séparation ne m'interdisent d'être en présence du membre incapable de consentir.

Veillez signer ci-dessous et joindre une copie des documents justificatifs (p. ex., le certificat de nomination du curateur ou la procuration) au présent formulaire.

**J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, exacts.**

**X Signez ici -  
Mandataire  
spécial :**

Date de la  
signature : \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
JJ/MM AA

## SECTION 3 - Renseignements sur le témoin

Toute personne âgée de 19 ans ou plus peut agir à titre de témoin, à l'**exception** des personnes nommées sur ce formulaire. En signant ci-dessous, le témoin atteste que les personnes nommées sur le présent formulaire sont bien celles qu'elles affirment être.

Nom en lettres moulées : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**X Signez ici -  
Témoin :**

Date de la  
signature : \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_  
JJ/MM AA

## SECTION 4 - Remarque importante

Vos renseignements personnels sont recueillis, utilisés et communiqués conformément à la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* et la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*. Pour en savoir plus, visitez le [www.gnb.ca/santevieprivee](http://www.gnb.ca/santevieprivee) ou téléphonez au numéro sans frais indiqué à la page 1.

Dans les cas où les documents contiennent les renseignements personnels de plusieurs personnes, chacune d'entre elles doit donner son consentement en remplissant un formulaire de consentement distinct avant que les renseignements ne soient divulgués.