**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU CLIENT** 

Remarque : Le personnel du SSCOPDI n'est pas autorisé à servir de décisionnaire ou subrogé pour un client qui est incapable de prendre une décision ou de prendre part aux discussions concernant le consentement au traitement pour un client. Toute décision concernant le consentement à un traitement ou à une série de traitements est assujettie à la Loi sur le consentement aux soins de santé 1996.

**Nom du client :**

**Date de naissance :**

Nom de la personne ou des personnes qui peuvent donner un consentement et lien de parenté :

1. **Nom :**

**Lien de parenté :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

1. **Nom :**

**Lien de parenté :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

1. **Nom :**

**Lien de parenté :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone :**

**Date :**

**Sep/15 ( R )**

**Signature du personnel :**