

Foire aux questions

1. Qu'est-ce qu'un représentant des patients?

Un représentant est une personne que vous choisissez pour vous soutenir et agir en votre nom. La personne discutera avec vos fournisseurs de soins de santé. Leurs agissements en votre nom sont fondés sur vos souhaits. Un représentant des patients ne peut pas prendre ses propres décisions au sujet de vos soins de santé.

2. Pourquoi les gens ont-ils besoin de représentants?

Certaines personnes peuvent avoir de la difficulté à exprimer leurs sentiments et leurs préoccupations. Ils peuvent avoir peur de s'exprimer. Ils peuvent ne pas comprendre ce qu'on leur dit ou ce qui leur arrive. Ils peuvent être trop malades pour s'exprimer.

3. Quels conseils peut-on donner pour choisir un représentant?

- Choisissez un représentant avant de tomber malade.
- Choisissez une personne à qui vous pouvez parler et en qui vous avez confiance.
- Choisissez une personne qui peut assurer la confidentialité de vos renseignements.
- Décidez des qualités dont vous avez besoin chez un représentant (p. ex., bon sens de l'écoute, capable d'expliquer clairement les choses, courtois, respectueux et capable de s'affirmer).
- Discutez de vos attentes avec un représentant possible. Demandez-lui si la personne est prête et capable d'accomplir les tâches que vous demandez.
- Après avoir reçu l'accord du représentant, remplissez le formulaire d'entente avec un représentant des patients.

4. Quelle est la différence entre un représentant des patients et un mandataire en soins de santé?

Un représentant des patients discute avec vous,

vous soutient et agit en votre nom selon vos instructions.

Un mandataire en soins de santé agit pour vous si vous ne pouvez pas poser des jugements et exprimer vos souhaits. Vous choisissez et désignez cette personne dans votre directive sur les soins de santé (testament biologique).

5. Où puis-je obtenir plus d'information sur les services et les programmes provinciaux de soins de santé?

Vous pouvez consulter le site Web de Santé Manitoba à l'adresse www.manitoba.ca/health ou composer le 1 866 626-4862.

6. Quels sont les liens entre la présente entente et les lois sur la protection de la vie privée?

L'entente satisfait aux exigences des paragraphes 60(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels* et 79(a) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* en autorisant le représentant à avoir accès à vos renseignements médicaux personnels et à vos autres renseignements personnels.

Pour obtenir des conseils sur la façon de vous représenter vous-même et de représenter les autres, rendez-vous sur les sites www.safetoask.ca et www.mips.ca.

Disponible en français et anglais

Projet soutenu par :

ActionCancer Manitoba
L'ORS d'Entre-les-lacs et de l'Est
L'ORS du Nord
Santé Prairie Mountain
Southern Health-Santé Sud
Office régional de la santé de Winnipeg



MANITOBA INSTITUTE
FOR PATIENT SAFETY

Mon entente avec un représentant des patients ©



Une entente avec un représentant des patients peut vous aider et aider votre représentant à décider comment ce dernier peut le mieux vous offrir le soutien dont vous avez besoin.



INSTITUT POUR LA
SÉCURITÉ DES PATIENTS
DU MANITOBA

Rév. Le 3 mars 2017



Mon entente avec un représentant des patients

Instructions pour le patient :

1. Veuillez discuter des renseignements avec votre représentant avant de remplir le présent formulaire d'entente.
2. **Remplissez et signez le formulaire.**
3. Demandez à votre représentant de signer le formulaire. Chaque représentant devrait avoir sa propre entente.
4. Assurez-vous d'en donner une copie à votre fournisseur de soins de santé, à votre famille et à votre représentant.
5. Conservez votre copie dans un lieu sûr.
6. Apportez le formulaire avec vous lorsqu'on vous admet à l'hôpital. Si vous avez une trousse d'information pour les situations d'urgence (T.I.S.U.), conservez le formulaire avec la trousse.
7. Mettez à jour le formulaire à l'occasion en fonction de l'évolution de vos souhaits.

Je donne à mon représentant l'autorisation d'accomplir les tâches suivantes (cochez autant de tâches que vous le souhaitez):

- Avoir accès à mon dossier médical de santé et l'examiner pendant ma période de soins courante (selon les dispositions de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*).
- Prendre des rendez-vous médicaux pour moi.
- Se présenter aux rendez-vous, aux examens et aux séances de traitement avec moi.
- Être présent lorsque le médecin ou le fournisseur de soins discute avec moi.
- Être présent dans la salle après un examen pour noter les renseignements et les instructions fournis.
- Examiner les renseignements du médecin écrits à la main pour s'assurer que je peux les lire et les comprendre.
- Poser des questions à mes fournisseurs de soins de santé au sujet de mes soins de santé et des résultats de mes examens.
- Vérifier et confirmer mes médicaments, et en assurer le suivi.
- Obtenir de l'information en mon nom pour soutenir mes décisions en matière de soins de santé.
- Examiner avec moi mes choix en matière de médecins, d'examens et de traitements.
- Communiquer mes besoins et mes demandes.
- Confirmer que mon traitement vise la bonne partie du corps.
- Autre. Veuillez expliquer : _____

Avis de non-responsabilité

Les renseignements que contient la présente entente visent à vous aider. Ils ne constituent pas des conseils juridiques ou médicaux professionnels. L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba ne peut être tenu responsable de toute perte ou blessure ou de tout dommage résultant de l'utilisation par une personne qui agit à titre de représentant des patients ou qui utilise des renseignements indiqués sur le présent document ou le site Web de l'Institut (www.mips.ca).

La signature de la présente entente signifie que nous avons lu le document au complet, y compris la foire aux questions, et que nous acceptons le présent avis de non-responsabilité.

Nom du patient : _____ Signature : _____

N° d'identification personnelle (NIP) de Santé Manitoba (9 chiffres) : _____

Nom de mon représentant: _____ Signature : _____

Date de début de la représentation : _____ Date de fin : _____