



Je soussigné(e) _____
(nom du médecin en caractères d'imprimerie)

suis d'avis que la divulgation, la transmission ou l'examen du dossier de renseignements personnels sur la santé ou de la partie suivante du dossier, à savoir :

constitué à/au _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

à l'égard de _____
(nom et prénoms du malade en caractères d'imprimerie)

risque probablement :

- de nuire au traitement du/de la malade ou à sa guérison;
- de causer un préjudice à l'état mental d'un tiers;
- ou de causer des lésions corporelles à un tiers.

(jour / mois / année)

(signature du médecin)



I, _____
(print name of physician)

am of the opinion that the disclosure, transmittal or examination of the record of personal health information or the following part of the record, namely

compiled in _____
(name of psychiatric facility)

in respect of _____
(print full name of patient)

is likely to result in

- harm to the treatment or recovery of the said patient, or
- injury to the mental condition of a third person, or
- bodily harm to a third person.

(signature of physician)

Date _____
(day / month / year)