**DEMANDE POUR AUTORISER DES SOINS**

|  |
| --- |
| 1. Nom et coordonnées de l’avocat.e qui présentera la demande : 2. Nom : 3. Adresse courriel : 4. Numéro de cellulaire : |
| 1. Date(s) de notification de la demande : |
| 1. Le délai de présentation de 5 jours est-il respecté ?   Oui  Non  Ce délai doit-il être abrégé ? Oui  Si non, pour quels motifs? Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. S’agit-il d’une première demande visant la personne concernée?   Oui  Non |
| 1. La personne concernée est-elle présentement hospitalisée ou réside-t-elle dans un centre d’hébergement ?   Oui  Non |
| 1. La personne concernée et les autres témoins **doivent être entendus en personne** au palais de justice de Montréal.   **De manière exceptionnelle**, une demande pour procéder à distance est-elle formulée?  Oui  Non  Si oui, qui formule la demande de procéder à distance?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  La demande de procéder à distance vise-t-elle la personne concernée et/ou autre.s témoin.s? Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Pour quels motifs? Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Croyez-vous que la présence d’un constable spécial est nécessaire ?  Oui  Non  Si oui, pour quels motifs? Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. Langue dans laquelle s'exprime la personne concernée   Français  Anglais  Autre  Veuillez spécifier : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 1. La personne concernée a-t-elle manifesté l’intention d’être représentée par avocat.e ?   Oui  Non  Commentaires : |
| 1. **La personne concernée a-t-elle eu l’opportunité de consulter un.e avocat.e ?**   Oui  Non  **Si oui** - Nom :  Adresse courriel :  Numéro de téléphone : |
| 1. Les personnes intéressées mentionnées aux articles 15, 23 C.c.Q. et 395 C.p.c. (tuteur, curateur, mandataire, la ou les personnes susceptibles de consentir aux soins pour le majeur ou, à défaut, le curateur public) ont-ils reçu notification de la demande ?   Oui  Non  **Ces personnes seront-elles présentes à l’audience ?** Oui  Non |
| 1. La demande est-elle contestée ?   Oui  Non  Ne sais pas  **Une durée 1½ heure vous semble-t-elle raisonnable en l’espèce?** Oui  Non  À votre connaissance, combien de témoins seront entendus ?  Demande : témoin(s) expert(s) : témoin(s) ordinaire(s) :  Défense : témoin(s) expert(s) : témoin(s) ordinaire(s) : |
| 1. Une version *Word* du projet d’ordonnance avec la mention suivante :   « **CONSIDÉRANT** les motifs énoncés oralement et enregistrés numériquement » est fournie : Oui |

**Date effective : Pour toute demande d’autorisation de soins présentée à compter du 30 mai 2022**