**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**