



Ministère du  
Procureur général

## Formule E

*Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*

### Déclaration de l'évaluateur

### Concernant la capacité de révoquer une procuration pour les soins de la personne avec dispositions spéciales

(En vertu du paragraphe 50 (4) de la Loi)

Je, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ déclare que :  
nom de l'évaluateur (prénom, nom de famille), ville

1. Je suis un évaluateur/une évaluatrice au sens du paragraphe 1 (1) de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*.

2. J'ai évalué \_\_\_\_\_ afin de déterminer si  
nom complet de la personne évaluée (prénom, nom de famille)  
il/elle était capable de prendre soin de sa personne. J'ai mené une (des) entrevue(s) d'évaluation de la capacité le (les)  
\_\_\_\_\_  
date(s)

3. J'ai procédé à l'évaluation de la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même conformément aux procédures établies par le Procureur général de l'Ontario.

Selon l'article 45 de la *Loi de 1992 sur la prise de décisions au nom d'autrui*, une personne est incapable de prendre soin d'elle-même si elle ne peut pas comprendre les renseignements qui sont pertinents pour la prise d'une décision concernant ses propres soins de santé, son alimentation, son hébergement, son habillement, son hygiène ou sa sécurité, ou si elle ne peut pas évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision.

4. Je suis d'avis que, au moment où j'ai évalué \_\_\_\_\_,  
nom complet de la personne évaluée (prénom, nom de famille)  
\_\_\_\_\_ était :  
il/elle

- |                                  |                                    |   |
|----------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> capable | <input type="checkbox"/> incapable | de prendre soin de sa personne eu égard aux <b>soins de santé</b> |
| <input type="checkbox"/> capable | <input type="checkbox"/> incapable | de prendre soin d'elle-même eu égard à l' <b>alimentation</b>     |
| <input type="checkbox"/> capable | <input type="checkbox"/> incapable | de prendre soin de sa personne eu égard à l' <b>hébergement</b>   |
| <input type="checkbox"/> capable | <input type="checkbox"/> incapable | de prendre soin de sa personne eu égard à l' <b>habillement</b>   |
| <input type="checkbox"/> capable | <input type="checkbox"/> incapable | de prendre soin de sa personne eu égard à l' <b>hygiène</b>       |
| <input type="checkbox"/> capable | <input type="checkbox"/> incapable | de prendre soin de sa personne eu égard à la <b>sécurité</b>      |

5. L'avis que j'émet au paragraphe 4 est fondé sur les faits décrits dans la section 5 de la formule d'évaluation C, que je joins aux présentes.

Nom complet de la personne évaluée (prénom, nom de famille)

---

6. Je comprends que, quel que soit le cas, je dois remettre un exemplaire de la présente déclaration à la personne évaluée.

J'ai terminé et remis ma déclaration le \_\_\_\_\_ e jour du mois de/d' \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.  
jour mois

---

Signature de l'évaluateur

---

Nom de l'évaluateur (prénom, nom de famille)

---

**Adresse**

Numéro d'appart.	Numéro de rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone poste		Numéro de télécopieur	

---

**Un exemplaire de la présente déclaration est remis à la personne évaluée.**

---

Nom (prénom, nom de famille)

---

**Adresse**

Numéro d'appart.	Numéro de rue	Nom de la rue	Case postale
Ville		Province	Code postal
Numéro de téléphone poste		Numéro de télécopieur	