

# Convention relative aux lois d'application et à la compétence judiciaire pour les organismes de soins de santé

\_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
[nom du (de la) patient(e)] [organisme de soins de santé]

(ci-après collectivement désignés les « parties ») s'entendent comme suit :

## Lois d'application

Les parties conviennent par les présentes que :

- a) tous les aspects de la relation entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
[nom du (de la) patient(e)] [organisme de soins de santé]  
(ainsi que ses mandataires, délégué(e)s, employé(e)s, médecins et autres professionnel(le)s de la santé indépendant(e)s qui administrent à \_\_\_\_\_ des services médicaux ou autres soins et traitements de  
santé sur les lieux de \_\_\_\_\_, ou en association avec celui-ci) y compris,  
[organisme de soins de santé]  
notamment, les services médicaux ou autres soins et traitements de santé qui sont administrés à \_\_\_\_\_, et  
[nom du (de la) patient(e)]
- b) le règlement de tous les conflits découlant de cette relation ou y étant reliés, y compris les conflits découlant de la présente convention ou s'y rapportant,  
seront régis et interprétés conformément aux lois de la province ou du territoire (\_\_\_\_\_) et aux lois du Canada s'y appliquant (à l'exception des règles de conflits de lois).

## Compétence exclusive

Les parties reconnaissent par les présentes que les services médicaux ou autres soins et traitements de santé que \_\_\_\_\_ reçoit de \_\_\_\_\_ seront administrés dans la  
[nom du (de la) patient(e)] [organisme de soins de santé]  
province ou le territoire (\_\_\_\_\_), et que les tribunaux de la province ou du territoire (\_\_\_\_\_) auront la compétence exclusive d'entendre toute plainte, demande, réclamation, procédure ou cause d'action de quelque nature que ce soit découlant de ces services médicaux ou autres soins et traitements de santé, ou de tout autre aspect de la relation entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_ ou s'y rapportant.  
[nom du (de la) patient(e)] [organisme de soins de santé]

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du (de la) patient(e) [en caractères d'imprimerie]

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) patient(e) ou de la personne habilitée à consentir au nom du (de la) patient(e)

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Par : \_\_\_\_\_  
[Organisme de soins de santé]

\_\_\_\_\_  
Nom [en caractères d'imprimerie]