

# Convention relative au droit applicable et à l'attribution de juridiction pour les organismes de soins de santé

\_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
[nom du patient] [organisme de soins de santé]

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

## Droit applicable

Les parties conviennent par les présentes que :

- a) tous les aspects de la relation entre \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
[nom du patient] [organisme de soins de santé]  
(ainsi que ses mandataires, délégués, préposés, médecins et autres professionnels de la santé indépendants qui administrent à \_\_\_\_\_ des services médicaux ou autres soins et traitements de  
[nom du patient]  
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 patient]

- 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).

## Juridiction 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 patient] [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 patient] [organisme de soins de santé]

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

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

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

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

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

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