

FORMULE 13 – *Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest*

ANNULATION D’UN CERTIFICAT RELATIF AUX DÉCISIONS LIÉES AU TRAITEMENT

Le présent certificat précise que le patient a été évalué par un médecin et ce dernier est d’avis que le patient est désormais capable de prendre ses propres décisions liées au traitement. Le *certificat relatif aux décisions liées au traitement* et la formule *désignation du mandataire spécial* ne sont plus en vigueur.

|  |                     |  |             |
|--|---------------------|--|-------------|
| Nom du patient   |                     | Genre  |             |
| Numéro d’assurance-maladie   |                     | Date de naissance (JJ-MM-AAAA)               |             |
| Adresse du patient   |                     |  |             |
| Rue  |                     | Collectivité                                 | Code postal |
| Statut du patient en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i>   |                     |  |             |
| <input type="checkbox"/> patient en placement volontaire <input type="checkbox"/> patient en placement non volontaire <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____ |                     |  |             |
| Établissement désigné (lieu d’admission)   |                     |  |             |
| Nom  |                     |  |             |
| Rue  |                     | Collectivité                                 | Code postal |
| Certificat relatif aux décisions liées au traitement qui est annulé  |                     |  |             |
| Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)  | Heure de délivrance | Médecin traitant qui a délivré le certificat |             |
| Date et heure de l’évaluation courante de la capacité mentale  |                     |  |             |
| Date de l’évaluation (JJ-MM-AAAA)  |                     | Heure de l’évaluation                        |             |

## À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT DÉLIVRE L'ANNULATION

J', \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_,  
(Nom du médecin traitant) (Adresse)

ai évalué la capacité mentale de prendre des décisions liées au traitement et je suis d'avis que  
\_\_\_\_\_ est mentalement capable de prendre ses propres décisions liées au traitement.  
(Nom complet du patient)

### Les renseignements suivants soutiennent mon avis :

Énoncer les raisons précises qui soutiennent votre avis que le patient est mentalement capable de prendre des décisions liées au traitement :

Fait le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ .  
(Heure)

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées du médecin traitant

  
Signature

### Note de distribution :

- La présente formule doit être remplie en collaboration avec le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis involontairement.

### Actions supplémentaires requises :

- Un avis d'annulation doit être transmis :
  - (a) au patient;
  - (b) à toute autre personne qui a reçu une copie du *certificat relatif aux décisions liées au traitement*.

Les renseignements personnels sur la santé sont recueillis conformément à la *Loi sur la santé mentale*. Ces renseignements sont protégés en vertu des dispositions relatives à la confidentialité de la *Loi sur les renseignements sur la santé* et ne seront ni utilisés ni diffusés, sauf si cela est autorisé ou requis par ladite loi ou par toute autre loi. Si vous avez des questions sur ce formulaire, veuillez consulter le spécialiste des programmes cliniques de santé mentale, au 867-767-9061 ou à [mhact\\_reviewboard@gov.nt.ca](mailto:mhact_reviewboard@gov.nt.ca).

Si vous voulez ces informations dans une autre langue officielle, téléphonez-nous au 1-855-846-9601. / If you would like this information in another official language, contact us at 1-855-846-9601.