

FORMULE 17 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

ANNULATION DE CERTIFICAT DE CONGÉ DE COURTE DURÉE

La présente formule vise l’annulation d’un *certificat de congé de courte durée*. Le patient en placement non volontaire doit retourner à l’établissement désigné dès que possible.

| | | |
|---|---------------------|--|
| Nom du patient | | Genre |
| Numéro d’assurance-maladie | | Date de naissance (JJ-MM-AAAA) |
| Adresse du patient | | |
| Rue | Collectivité | Code postal |
| Établissement désigné (lieu d’admission) | | |
| Nom | | |
| Rue | Collectivité | Code postal |
| Certificat d’admission involontaire ou certificat de renouvellement | | |
| Date de délivrance (JJ-MM-AAAA) | Heure de délivrance | Médecin traitant qui a délivré le certificat |
| Date d’expiration (JJ-MM-AAAA) | Heure d’expiration | |
| Certificat de congé de courte durée qui fait l’objet d’une annulation | | |
| Date de délivrance (JJ-MM-AAAA) | Heure de délivrance | Médecin traitant qui a délivré le certificat |
| Date d’expiration (JJ-MM-AAAA) | Heure d’expiration | |

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE L’ANNULATION

Je, _____ au _____,

(Nom du médecin traitant)

(Adresse)

délivre l’annulation du *certificat de congé de courte durée* au nom de _____ en date du _____ à _____.

(Nom complet du patient)

Date (JJ-MM-AAAA)

(Heure)

L’annulation du *certificat de congé de courte durée* est fondée sur l’un ou l’autre des motifs suivants (Veuillez cocher) :

☐
l’état mental du patient peut entraîner un préjudice au patient ou à autrui si le patient ne retourne pas à l’établissement désigné;

☐
le patient a fait défaut de respecter une ou plusieurs conditions au certificat.

Mon avis est basé sur les renseignements suivants :

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

Nom en lettres moulées du médecin traitant

X

Signature

Note de distribution :

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

Actions supplémentaires requises :

- L'avis d'annulation doit être transmis :
 - (a) au patient;
 - (b) à toute autre personne à qui une copie du *certificat de congé de courte durée* a été distribuée.
- Si le patient ne retourne pas à l'établissement désigné, le médecin traitant ou le directeur de l'établissement désigné doit délivrer une *attestation d'absence non autorisée* afin que le patient soit appréhendé par un agent de la paix et retourné à l'établissement.

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.

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.