

FORMULE 5 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

ANNULATION DU CERTIFICAT D’ADMISSION INVOLONTAIRE  
OU DU CERTIFICAT DE RENOUVELLEMENT

La présente formule précise qu’un patient qui était assujetti au *certificat d’admission involontaire* n’est plus un patient en placement non volontaire et peut quitter l’établissement désigné ou peut demander à rester un patient en placement volontaire. La personne doit être libérée de l’établissement désigné à moins que le statut d’admission ne soit changé et que le patient consente à une admission volontaire.

|  |                     |                                     |
|--|---------------------|-------------------------------------|
| 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)   |                     |                                     |
| Name   |                     |                                     |
| Rue  | Collectivité        | Code postal                         |
| Établissement (lieu de l’examen – si différent de l’adresse ci-dessus)   |                     |                                     |
| Name   |                     |                                     |
| Rue  | Collectivité        | Code postal                         |
| Certificat annulé  |                     |                                     |
| <input type="checkbox"/> <i>Certificat d’admission involontaire</i> <input type="checkbox"/> <i>Certificat de renouvellement</i> |                     |                                     |
| Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)  | Heure de délivrance | Médecin qui a délivré le certificat |

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE L’ANNULATION

J’, \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_,

(Nom du médecin traitant)
(Adresse)

ai personnellement examiné \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Nom complet du patient)
(Collectivité)

fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.

(JJ-MM-AAAA)
(Heure)

Selon mon avis professionnel, les renseignements suivants soutiennent mon avis que ce patient ne répond plus aux critères d’admission involontaire :

Faits observés personnellement lors de l’examen :

Faits communiqués par d’autres ou autres renseignements :

Le patient nommé dans la présente annulation peut quitter l'établissement désigné ou il peut demander à rester comme patient en placement volontaire.

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 involontairement.

**Actions supplémentaires requises :**

- L'avis d'annulation, incluant la date et l'heure attendues de la libération, doit être donné :
  - (a) au patient;
  - (b) à toutes les autres personnes qui ont reçu une copie du *certificat d'admission involontaire* et le *certificat de renouvellement*;
  - (c) au professionnel de la santé de l'établissement désigné où la personne recevra le suivi du traitement;
  - (d) si la personne était assujettie à un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, à tous les professionnels de la santé, à toutes les autres personnes et aux organismes nommés dans le *plan de traitement en milieu communautaire* **dans les 24 heures**.
- Si un *certificat d'incapacité mentale* est en vigueur, le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis doit produire un avis au bureau du curateur public que la personne n'est plus un patient en placement non volontaire.

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.