



## FORMULE 15 – *Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest*

### ANNULATION DU CERTIFICAT D'INCAPACITÉ MENTALE

La présente annulation précise que le patient a été évalué par un médecin traitant et qu'il a été déterminé que le patient a désormais la capacité mentale d'administrer ses biens.

Nom du patient		Genre
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
<b>Adresse du patient</b>		
Rue	Collectivité	Code postal
<b>Établissement désigné (lieu d'admission)</b>		
Nom		
Rue	Collectivité	Code postal
<b>Certificat d'incapacité mentale qui est annulé</b>		
Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Médecin qui a délivré le certificat
<b>Date et heure de l'évaluation courante de la capacité mentale</b>		
Date de l'évaluation (JJ-MM-AAAA)	Heure de l'évaluation	

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

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

ai exercé une évaluation de la capacité mentale et je suis d'avis que \_\_\_\_\_  
(Nom complet du patient)

est mentalement capable d'administrer ses biens.

**Les renseignements suivants soutiennent mon avis :**

Une copie de la présente annulation a été transmise au bureau du curateur public des Territoires du Nord-Ouest.

#### Bureau du curateur public

Ministère de la Justice

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

10<sup>e</sup> étage, 4920 52<sup>e</sup> Rue

C.P. 1320

Yellowknife, NT X1A 2L9

Téléphone : 867-767-9252

Télécopieur : 867-873-0184

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 ou était admis involontairement.

**Actions supplémentaires requises :**

- Un avis d'annulation doit être transmis :
  - (a) au patient;
  - (b) au bureau du curateur public;
  - (c) à toute autre personne qui a reçu une copie du *certificat d'incapacité mentale*.

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.