

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)
Adresse du patient		
Rue	Collectivité	Code postal
Établissement désigné (lieu d’admission)		
Nom		
Rue	Collectivité	Code postal
Certificat d’incapacité mentale qui est annulé		
Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Médecin 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 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^e étage, 4920 52^e 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.

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.