



AUTORISATION DE TRANSFÉRER UN PATIENT EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE À UN ÉTABLISSEMENT SITUÉ DANS LES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Nom du patient		Genre	
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Adresse du patient			
Rue		Collectivité	Code postal
Établissement désigné duquel le patient est transféré			
Nom			
Rue		Collectivité	Code postal
Établissement vers lequel le patient est transféré			
Nom			
Rue		Collectivité	Code postal
Nom de la personne-ressource		Titre de la personne-ressource	
Coordonnées de la personne-ressource			

Pour aider à déterminer les intérêts véritables de _____, j'ai :
(Nom du patient)

- ☐ consulté le médecin traitant, les autres fournisseurs de soins du patient et le patient ainsi que son mandataire spécial (le cas échéant);
- ☐ le cas échéant, considéré les volontés du patient, qui est assujéti *certificat relatif aux décisions liées au traitement*, lorsqu'il était mentalement capable de prendre des décisions face au traitement.

Je, _____ à _____
(Nom du directeur de l'établissement désigné) (Établissement désigné)

crois qu'il est dans l'intérêt véritable de _____ d'être transféré.
(Nom complet du patient)

J'ai pris les mesures nécessaires et par la présente, j'autorise le transfert du patient de _____
(Établissement désigné duquel le patient est transféré)

à _____ .
(Établissement vers lequel le patient est transféré)

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement désigné

X

Signature

Actions supplémentaires requises :

- Si le patient est assujetti à un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, une *modification à un certificat de traitement en milieu communautaire assisté* est requise.
- Un *résumé des renseignements pertinents à l'appréhension et au transport* d'une personne pourrait être requis par un agent de la paix ou par une autre personne autorisée responsable du transport.

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.