

FORMULE 9 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

AUTORISATION DE TRANSFERT D’UN PATIENT EN PROVENANCE D’UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DE L’EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST VERS UN ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ

La présente formule autorise le transfert d’un patient en provenance d’un établissement de santé situé à l’extérieur des Territoires du Nord-Ouest vers un établissement désigné situé dans les Territoires du Nord-Ouest. Elle autorise l’appréhension d’un patient par un agent de la paix ainsi que le transport, la détention et le contrôle de ce patient par un agent de la paix ou par une personne autorisée aux fins du transfert.

Nom du patient		Genre	
Numéro d’assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Adresse du patient			
Rue	Collectivité	Code postal	
Établissement duquel le patient est transféré (À L’EXTÉRIEUR des Territoires du Nord-Ouest)			
Nom			
Rue	Collectivité	Province/Territoire	Code postal
Nom de la personne-ressource		Titre de la personne-ressource	
Coordonnées de la personne-ressource			
Établissement désigné vers lequel le patient est transféré (DANS les Territoires du Nord-Ouest)			
Nom			
Rue	Collectivité	Code postal	

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L’ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ VERS LEQUEL LE PATIENT EST TRANSFÉRÉ SITUÉ DANS LES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

Je suis d’avis que :

☐
 A. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest est responsable de l’hospitalisation de _____, (Nom du patient)

tel que soutenu par les renseignements suivants :

OU

☐
 B. Il serait dans l’intérêt véritable de _____ d’être dans un établissement désigné dans les Territoires du Nord-Ouest, (Nom du patient)

tel que soutenu par les renseignements suivants :

NWT9060/0418
 1 de 2

MODALITÉS DE TRANSFERT

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

ai pris les mesures nécessaires et par la présente, j'autorise le transfert de _____
(Nom complet du patient)

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

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

_____	X
Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement désigné	Signature

Actions supplémentaires requises :

- Un *résumé des renseignements pertinents à l'appréhension et au transport d'une personne* peut 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.