



**FORMULE 21 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest**

**AVIS D'INTENTION DE DÉLIVRER UN CERTIFICAT  
DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ASSISTÉ**

Le présent avis doit être rempli par le médecin traitant afin d'informer le directeur de l'établissement désigné de son intention d'entamer les préparations en vue de la délivrance d'un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* pour un patient en placement non volontaire. Le présent avis doit être rempli **avant** de consulter les professionnels de la santé et/ou les organismes qui doivent entamer les préparations en vue de la délivrance du certificat.

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'admission involontaire courant</b>	<b>Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)</b>	<b>Heure de délivrance</b>	<b>Nom du médecin traitant qui a délivré le certificat</b>	<b>Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)</b>	<b>Heure d'expiration</b>
Certificat d'admission involontaire					
ou Certificat de renouvellement					

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE L'AVIS**

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

ai personnellement examiné \_\_\_\_\_ au cours des 72 dernières heures, soit le  
(Nom du patient)

\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ et j'ai l'intention d'entamer les préparations en vue de la délivrance du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*.  
Date (JJ-MM-AAAA) Heure

**Je suis d'avis que le patient nommé au certificat répond aux critères suivants énumérés au *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* :**

- ☐ il est atteint de troubles mentaux et pour cette raison, il a besoin de surveillance et de traitements ou de soins qui peuvent lui être fournis pendant qu'il réside à l'extérieur de l'établissement désigné;
- ☐ s'il n'est pas surveillé et ne reçoit pas de traitements ou de soins pendant qu'il réside à l'extérieur de l'établissement désigné, risque, vu qu'il est atteint de troubles mentaux, de s'infliger ou de causer à autrui un préjudice grave, ou de subir une importante détérioration mentale ou physique, ou une déficience physique grave;
- ☐ il a la capacité de respecter les conditions de surveillance et de traitement ou de soins qui sont prévues dans le *plan de traitement en milieu communautaire*;
- ☐ il est disposé à respecter les conditions de surveillance et de traitement ou de soins prévues dans le *plan de traitement en milieu communautaire*;
- ☐ il recevra un traitement, des services et les mesures de soutien appropriés disponibles.

## CONSENTEMENT DU PATIENT OU DU MANDATAIRE SPÉCIAL

J'ai parlé à \_\_\_\_\_, qui est assujéti au *certificat d'admission involontaire* et au  
(Nom du patient)

*certificat de renouvellement*, et à son mandataire spécial (le cas échéant) et ils sont en accord avec le plan et d'aller de l'avant avec le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*.

\_\_\_\_\_ X  
Nom du patient ou du mandataire spécial Signature du patient ou du mandataire spécial

Fait le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ .  
(Heure)

\_\_\_\_\_ résiderait probablement dans la collectivité de \_\_\_\_\_  
(Nom du patient) (Collectivité)

lors du traitement en milieu communautaire assisté.

## TRAITEMENTS, SERVICES ET MESURES DE SOUTIEN PROPOSÉS POUR LE *PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE*

Les traitements, les services et les mesures de soutien proposés qui seront probablement nécessaires au patient en placement non volontaire en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* :

Les médecins suivants peuvent être identifiés comme médecins chargés de la surveillance et de la gestion générales du *plan de traitement en milieu communautaire*.

Nom du médecin	Établissement désigné	Numéro de téléphone

\_\_\_\_\_ X  
Nom en lettres moulées du médecin traitant Signature

Fait le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ .  
(Heure)

### Note de distribution :

Le présent avis doit être transmis au directeur de l'établissement désigné où le patient est admis involontairement.

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.