



## FORMULE 20 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

### AVIS PRÉSENTÉ AU CONSEIL DE RÉVISION

La présente formule vise à transmettre au conseil de révision en santé mentale des Territoires du Nord-Ouest l'avis qu'une audience devra être tenue.

La présente formule doit être remplie par le directeur de l'établissement désigné, où le patient en placement non volontaire a été admis, au moins 14 jours avant la date à laquelle le patient aura atteint une période de 6 mois continue d'admission involontaire sans demande préalable d'annulation des certificats.

#### ATTESTATION DU DIRECTEUR

\_\_\_\_\_ est un patient en placement non volontaire à \_\_\_\_\_  
(Nom du patient) (Établissement désigné)

depuis le \_\_\_\_\_.  
Date (JJ-MM-AAAA)

La personne nommée ci-dessus aura été assujettie, en date du \_\_\_\_\_, à une période de 6 mois continu d'admission  
Date (JJ-MM-AAAA)

involontaire en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, sans révision par un comité de révision. À cette date, les présomptions prévues à l'article 68 de la *Loi sur la santé mentale* s'appliqueront. Une révision du *certificat d'admission involontaire* et/ou du *certificat de renouvellement* sera alors nécessaire.

**Le patient nommé ci-dessus a été assujetti de façon continue aux certificats d'admission involontaire et aux renouvellements suivants :**

	Date de délivrance du certificat (JJ-MM-AAAA)	Date d'expiration du certificat (JJ-MM-AAAA)
<i>Certificat d'admission involontaire</i>		
1 <sup>er</sup> renouvellement (30 jours)		
2 <sup>e</sup> renouvellement (60 jours)		
3 <sup>e</sup> renouvellement (90 jours)		
Renouvellement subséquent (90 jours)		
Renouvellement subséquent (90 jours)		

#### RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient

Établissement désigné (lieu d'admission)

Nom

Rue	Collectivité	Code postal
-----	--------------	-------------

Adresse de résidence du patient (si différente de l'établissement désigné)

Rue	Collectivité	Code postal
-----	--------------	-------------

#### RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

	Nom	Coordonnées	
Directeur de l'établissement désigné qui délivre l'avis		Numéro de téléphone	Courriel
Médecin traitant		Numéro de téléphone	Courriel

**Si le patient réside à l'extérieur de l'établissement désigné en vertu d'un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, veuillez nommer les professionnels de la santé, les autres personnes et/ou les organismes qui ont accepté de fournir la surveillance, le traitement, les soins ou toute autre mesure de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* :**

	Nom	Coordonnées
Médecin responsable du plan		
Personne ou organisme impliqué dans le plan		
Personne ou organisme impliqué dans le plan		
Personne ou organisme impliqué dans le plan		
Personne ou organisme impliqué dans le plan		

\*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

**Selon le cas, veuillez transmettre les noms et les coordonnées (si connues) des personnes qui fournissent un soutien au patient :**

	Nom	Coordonnées
Mandataire spécial		
Avocat		
Traducteur/Interprète		
Conseiller culturel/Aîné		
Autre personne de soutien (précisez) :		
Autre personne de soutien (précisez) :		

\*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement désigné	<input checked="" type="checkbox"/> Signature
Fait le _____	20 _____ à _____ . (Heure)

Veuillez envoyer la demande par télécopieur ou par courriel à :

**Conseil de révision en santé mentale**

5015, 49<sup>e</sup> Rue, NGB, 6<sup>e</sup> étage

C. P. 1320

Yellowknife NT X1A 2L9

Tél. : 867-767-9061, poste 49177

Téléc. : 867-873-0143

Courriel : MHAct\_ReviewBoard@gov.nt.ca

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.