

FORMULE 8 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

CERTIFICAT AUTORISANT LE TRANSFERT D'UN PATIENT EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE À UN ÉTABLISSEMENT À L'EXTÉRIEUR DES TERRITOIRES DU NORD-OUEST

La présente formule autorise le transfert d'un patient en placement non volontaire à partir d'un établissement désigné situé dans les Territoires du Nord-Ouest à un établissement psychiatrique ou à un hôpital **situé à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest**. Elle autorise le transport, la détention et le contrôle du patient par un agent de la paix ou par une personne autorisée aux fins de 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 (DANS les Territoires du Nord-Ouest )			
Nom			
Rue	Collectivité	Code postal	
Établissement vers lequel 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			

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ DUQUEL LE PATIENT EST TRANSFÉRÉ

J'autorise le transfert de \_\_\_\_\_ parce que (veuillez cocher) :  
 (Nom du patient)

☐
**A.** Je suis d'avis que le transfert est dans l'intérêt véritable du patient, suivant :
 

☐ la consultation avec le médecin traitant, les fournisseurs de soins de santé du patient, le patient et avec le mandataire spécial (le cas échéant);
 ☐ le cas échéant, considérer la demande du patient, qui est assujetti au *certificat relatif aux décisions liées au traitement*, lorsqu'il est mentalement capable de prendre des décisions face au traitement.

OU

☐
**B.** Ce patient est venu dans les Territoires du Nord-Ouest, ou y a été amené; et il provient de l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest. L'hospitalisation est la responsabilité de la juridiction vers laquelle le patient est transféré, **tel que soutenu par l'information suivante** :

OU

☐
**C.** Je crois que le patient ne peut être correctement pris en charge, observé, examiné, évalué, détenu ou contrôlé dans un établissement de santé ou dans un établissement désigné situé dans les Territoires du Nord-Ouest.

## CONSENTEMENT DU PATIENT OU DU MANDATAIRE SPÉCIAL

Si **A** ou **B** est choisi comme raison du transfert, le consentement du patient ou du mandataire spécial (le cas échéant) est requis. Le consentement **n'est pas** requis pour le transfert si l'option **C** est choisie.

Je, \_\_\_\_\_, consens au transfert tel que mentionné ci-dessus.  
(Nom du patient ou du mandataire spécial)

_____	<b>X</b>	_____
Nom du patient ou du mandataire spécial	Signature du patient ou du mandataire spécial	Date (JJ-MM-AAAA)

## 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 vers lequel le patient est transféré)

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

_____	<b>X</b>
Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement désigné	Signature

### Note de distribution :

Des copies doivent être transmises au patient et, le cas échéant :

- (a) au mandataire spécial;
- (b) à la personne désignée par le patient pour recevoir les renseignements;
- (c) à la personne qui a la garde légale ou l'autorité dans le cas où le patient est mineur;
- (d) au tuteur légal;
- (e) au mandataire désigné en vertu d'une directive;
- (f) à une personne apparentée (avec le consentement du patient si (a) à (e) ne s'appliquent pas).

### 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](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.