



FORMULE 3 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

CERTIFICAT D'ADMISSION INVOLONTAIRE

Le présent certificat autorise le transport d'une personne par un agent de la paix ou par une autre personne autorisée à l'établissement désigné. Le certificat autorise l'admission involontaire de cette personne à l'établissement désigné **pour une période maximale de 30 jours**. Il autorise également la détention et le contrôle de la personne à ces fins.

Nom de la personne	Genre		
Numéro d'assurance-maladie	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)		
Adresse de la personne (collectivité de résidence au moment de l'examen)			
Rue	Collectivité	Code postal	
Établissement désigné (lieu de l'examen)			
Nom			
Rue	Collectivité	Code postal	
Certificat d'évaluation non volontaire			
Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

J', _____ au _____, ai personnellement examiné _____
(Nom du médecin) (Adresse)
de _____
(Nom complet du patient) (Collectivité)
fait le _____ à _____.
(JJ-MM-AAAA) (Heure).

Selon mon avis professionnel, la personne, à la fois :

- (a) est atteinte de troubles mentaux;
- (b) en raison des troubles mentaux, risque de s'infliger ou de causer à autrui un préjudice grave ou d'être atteinte d'une importante détérioration mentale ou physique ou d'une déficience physique grave, si elle n'est pas admise comme un patient en placement non volontaire;
- (c) n'est pas apte à être admise comme patient en placement volontaire.

La personne doit répondre à tous les critères énumérés ci-dessus pour que le médecin traitant délivre le certificat.

Les renseignements suivants soutiennent mon avis que cette personne répond aux critères cochés ci-dessus :

Faits observés personnellement lors de l'examen :

Faits communiqués par d'autres ou autres renseignements :

Diagnostic différentiel et autres diagnostics :

La personne nommée dans le présent certificat :

est déjà à l'établissement désigné où elle est admise comme patient en placement non volontaire;

OU

nécessite d'être transportée vers un établissement désigné différent pour une admission involontaire, telle que mentionnée ci-dessous :

Établissement désigné où la personne est transportée pour une admission involontaire

Nom

Rue

Collectivité

Code postal

Le présent certificat est valide pour une période maximale de 30 jours et expire le _____ à _____
(JJ-MM-AAAA) (Heure)

Fait le _____ 20 _____ à _____.
(Heure)

Nom en lettres moulées du médecin

X

Signature

Note de distribution :

- La présente formule doit être remplie en collaboration avec le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis involontairement.
- 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'apprehension et au transport d'une personne peut être requis par un agent de la paix ou par une autre personne autorisée responsable du transport.
- Remplir dès que possible la formule *notification des droits du patient et des autres renseignements*.
- Compléter dès que possible une évaluation pour déterminer si le patient est mentalement capable de prendre des décisions, et si au besoin, remplir le *certificat relatif aux décisions liées au traitement* et la formule *désignation du mandataire spécial*.
- Compléter dès que possible une évaluation pour déterminer si le patient est mentalement capable d'administrer ses biens, et au besoin, remplir le *certificat d'incapacité mentale*.

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.