



**FORMULE 14 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest**

**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ MENTALE**

Le présent certificat précise que le patient a été évalué par un médecin et ce dernier est d'avis que le patient n'est pas mentalement capable d'administrer ses biens.

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	
Date d'admission de l'établissement désigné (JJ-MM-AAAA)	Date de l'évaluation pour incapacité mentale (JJ-MM-AAAA)	Heure de l'évaluation pour incapacité mentale	

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT**

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

ai exercé une évaluation de capacité mentale et je suis d'avis que \_\_\_\_\_  
(Nom complet du patient)

**n'est pas** mentalement capable d'administrer ses biens.

**Les renseignements suivants soutiennent mon avis :**

☐ Une copie de la présente annulation a été transmise au bureau du curateur public des Territoires du Nord-Ouest.

**Bureau du curateur public**

Ministère de la Justice  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest  
10<sup>e</sup> étage, 4920 52<sup>e</sup> Rue  
C.P. 1320  
Yellowknife, NT X1A 2L9  
Téléphone : 867-767-9252  
Télécopieur : 867-873-0184

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

Nom en lettres moulées du médecin traitant

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, au bureau du curateur public, 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 :**

- Si les circonstances amènent immédiatement le bureau du curateur public à assumer l'administration des biens, le médecin traitant doit avertir le bureau du curateur public **aussi tôt que possible** de la délivrance du certificat.
- Si le patient cesse d'être en placement non volontaire et que le présent certificat est toujours en vigueur, le directeur de l'établissement désigné doit transmettre un avis au bureau du curateur public indiquant que la personne n'est plus un patient en placement non volontaire.

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.