

FORMULE 16 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

CERTIFICAT DE CONGÉ DE COURTE DURÉE

Le présent certificat permet un congé de courte durée pour une période maximale de 30 jours aux patients en placement non volontaire. La personne nommée dans le certificat reste un patient en placement non volontaire durant le congé de courte durée.

Nom du patient		Genre
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Adresse du patient		
Rue	Collectivité	Code postal
Établissement désigné (lieu d'admission)		
Nom		
Rue	Collectivité	Code postal
Certificat d'admission involontaire ou certificat de renouvellement		
Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Médecin qui a délivré le certificat
Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration	

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

Je, _____ au _____,

(Nom du médecin traitant)
(Adresse)

délivre le présent *certificat de congé de courte durée* pour _____ le _____ à _____.

(Nom complet du patient)
Date (JJ-MM-AAAA)
(Heure)

Durant le congé de courte durée, _____ reste un patient en placement non volontaire.

(Nom complet du patient)

Le présent *certificat de congé de courte durée* expire le _____ à _____.

Date (JJ-MM-AAAA)
(Heure)

Le présent *certificat de congé de courte durée* sera annulé dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- le médecin est d'avis que l'état mental du patient peut entraîner un préjudice au patient ou à autrui;
- le patient a fait défaut de respecter une ou plusieurs conditions au certificat;
- le *certificat d'admission involontaire* ou le *certificat de renouvellement* en vertu duquel le patient est en placement non volontaire expire le _____.

Date (JJ-MM-AAAA)

Le patient nommé dans le présent *certificat de congé de courte durée* est assujéti aux conditions suivantes :

Par exemple : le patient doit se présenter pour la surveillance, les rendez-vous, les traitements (heure, fréquence, lieu).

_____ doit retourner à _____
(Nom complet du patient) (Établissement)

d'ici le _____ à _____ sauf s'il cesse d'être un patient en placement non volontaire avant cette date et heure.
Date (JJ-MM-AAAA) (Heure)

ENTENTES AVEC LE PATIENT ET SON MANDATAIRE SPÉCIAL**À remplir par le patient :**

Initiales du patient	Je comprends que :
	Je reste un patient en placement non volontaire à l'établissement, malgré le fait que je suis en congé de courte durée. Le <i>certificat d'admission involontaire</i> ou le <i>certificat de renouvellement</i> en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i> reste en vigueur.
	Je peux retourner volontairement à l'établissement désigné avant l'expiration du congé de courte durée.
	Je <i>dois</i> retourner à l'établissement d'ici la date et l'heure indiquées ci-dessus, sauf si je cesse d'être un patient en placement non volontaire avant cette date.
	Le présent certificat peut être annulé si le médecin est d'avis que mon état mental peut entraîner un préjudice à moi-même ou à autrui si je ne retourne pas à l'établissement désigné.
	Le présent certificat peut être annulé si je fais défaut de respecter une ou plusieurs conditions citées ci-dessus.
	Si le présent certificat est annulé, cela signifie que je dois retourner sans tarder à l'établissement désigné à la réception de l'avis d'annulation, sauf si je cesse d'être un patient en placement non volontaire avant cette date et heure.
	Si je fais défaut de retourner à l'établissement désigné lorsque je dois y retourner, je peux être appréhendé par un agent de la paix et conduit à l'établissement désigné.

À remplir par le patient et par son mandataire spécial (le cas échéant) :

Je, _____, m'engage à me conformer aux conditions décrites dans le présent certificat,
(Nom complet du patient)

au meilleur de mes capacités.

Je, _____, consens à la délivrance du présent *certificat de congé de courte durée*.
(Nom complet du patient ou du mandataire spécial)

_____	X	_____	_____
Nom en lettres moulées du patient	Signature	Date (JJ-MM-AAAA)	(Heure)
_____	X	_____	_____
Nom en lettres moulées du mandataire spécial (le cas échéant)	Signature	Date (JJ-MM-AAAA)	(Heure)

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

_____ **X** _____
Nom en lettres moulées du médecin traitant Signature

Note de distribution :

- La présente formule doit être remplie en collaboration avec le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis en placement non volontaire.
- Des copies doivent être transmises au patient et, selon le cas :
 - (a) au mandataire spécial;
 - (b) à la personne désignée par le patient pour recevoir les renseignements;
 - (c) à une personne qui a la garde légale ou qui détient l'autorité légitime;
 - (d) au tuteur légal;
 - (e) au mandataire d'un patient en vertu d'une directive personnelle;
 - (f) à une personne apparentée (avec le consentement du patient si (a) à (e) ne s'appliquent pas).

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.