



FORMULE 4 – *Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest*

CERTIFICAT DE RENOUVELLEMENT

Le présent certificat autorise l'admission involontaire continue d'un patient à l'établissement désigné spécifié pour **une période maximale de 30 jours** (1^{er} renouvellement), **60 jours** (2^e renouvellement) ou **90 jours** (3^e renouvellement et ceux subséquents). Il autorise également la détention et le contrôle de la personne à ces fins.

**Note : le présent certificat doit être délivré dans les 72 heures avant l'expiration du certificat d'admission involontaire ou du certificat de renouvellement du patient.*

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	
Établissement désigné (lieu de l'examen – si différent de l'adresse ci-dessus)			
Nom			
Rue	Collectivité	Code postal	
Certificat d'admission involontaire ou certificat de renouvellement courant			
Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration
Ce certificat de renouvellement est le :			
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} renouvellement <input type="checkbox"/> 2 ^e renouvellement <input type="checkbox"/> 3 ^e renouvellement <input type="checkbox"/> _____ renouvellement			
À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT			
J', _____ (Nom du médecin traitant)		au _____ (Adresse)	, ai personnellement examiné
de _____ (Nom complet de la personne)		(Collectivité)	
fait le _____ à _____. (JJ-MM-AAAA)		(Heure)	

Selon mon avis professionnel, le patient continue à répondre aux critères de l'admission involontaire :

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

Le patient doit répondre à tous les critères énumérés ci-dessus afin que le médecin traitant délivre le certificat.

Les renseignements suivants soutiennent mon avis que ce patient ne répond pas aux critères cochés plus haut :

Faits observés personnellement lors de l'examen :

Faits communiqués par d'autres ou autres renseignements :

Diagnostic différentiel et autres diagnostics :

Le patient nommé dans ce certificat continuera d'être un patient en placement non volontaire à l'établissement désigné.

Ce certificat est valide pour une période maximale de _____ jours et expire le _____ à _____.
(30, 60, 90) (JJ-MM-AAAA) (Heure)

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 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 :

- **Dès que possible**, remplir la formule de *notification des droits du patient et des autres renseignements*.

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.