



FORMULE 22 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

CERTIFICAT DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ASSISTÉ

Le présent *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* doit être accompagné d'un *plan de traitement en milieu communautaire*.

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

La personne assujettie au présent certificat sera considérée comme *admise involontairement* à l'établissement désigné, même si elle réside à l'extérieur des lieux de l'établissement.

<i>Certificat d'admission involontaire ou certificat de renouvellement courant</i>	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin traitant qui a délivré le certificat	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration
<i>Certificat d'admission involontaire</i>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					

Le présent certificat est le _____ *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* délivré (veuillez cocher la case appropriée) :

Original 1^{er} renouvellement 2^e renouvellement 3^e renouvellement _____ renouvellement (veuillez préciser)

<i>Certificats de traitement en milieu communautaire assisté antérieurs</i>	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin qui a délivré le certificat
<i>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté original</i>			
<i>1^{er} renouvellement du certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>			
<i>2^e renouvellement du certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>			
<i>3^e renouvellement du certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>			
<i>Renouvellement subséquent du certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>			

*Tous les renouvellements antérieurs consécutifs doivent être énumérés. Chacun des certificats et des renouvellements ne peuvent excéder 6 mois. Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

J', _____ au _____,
(Nom du médecin traitant) (Adresse)

ai personnellement examiné _____ au cours des 72 dernières heures,
(Nom du patient)

soit le _____ à _____.
Date (JJ-MM-AAAA) Heure

Je suis d'avis que le patient nommé au certificat répond aux critères de délivrance d'un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* :

- il est atteint de troubles mentaux et pour cette raison, il a besoin de surveillance et de traitements ou de soins qui peuvent lui être fournis pendant qu'il réside à l'extérieur de l'établissement désigné;
- s'il n'est pas surveillé ou ne reçoit pas de traitements ou de soins pendant qu'il réside à l'extérieur de l'établissement désigné, risque, vu qu'il est atteint de troubles mentaux, de s'infliger ou de causer à autrui un préjudice grave, ou de subir une importante détérioration mentale ou physique, ou une déficience physique grave;
- il a la capacité de respecter les conditions de surveillance et de traitement ou de soins qui sont prévues dans le *plan de traitement en milieu communautaire*;
- il est disposé à respecter les conditions de surveillance et de traitement ou de soins prévues dans le *plan de traitement en milieu communautaire*;
- il recevra un traitement, des services et les mesures de soutien appropriés disponibles.

Les renseignements suivants soutiennent mon avis que le patient répond aux critères énumérés ci-dessus :

Faits personnellement observés pendant l'examen :

Faits communiqués par d'autres ou autres renseignements :

Les renseignements suivants doivent être pris en considération pendant que le patient en placement non volontaire est libéré de l'établissement, mais toujours en *traitement en milieu communautaire assisté* :

- pendant qu'il est soumis au *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, le patient reste un patient en placement non volontaire à _____;
(Nom de l'établissement désigné)
- le présent certificat doit être accompagné du *plan de traitement en milieu communautaire*;
- un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* peut être délivré pour une période maximale de 6 mois et peut être modifié ou renouvelé conformément au règlement;
- si des modifications sont apportées au *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, le document *modification à un plan de traitement en milieu communautaire assisté* doit être remplie;
- si des modifications sont apportées au *plan de traitement en milieu communautaire*, une *modification à un plan de traitement en milieu communautaire* doit être remplie;
- si un changement à la condition mentale du patient survient ou que le patient nécessite de la surveillance et des traitements ou des soins dans un établissement désigné ou qu'un changement survient quant à la pertinence du traitement ou des ressources disponibles dans la collectivité dans laquelle la personne soumise au certificat réside, le médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales peut exiger que la personne retourne à l'établissement désigné;
- le présent certificat est automatiquement annulé si la personne nommée au certificat n'est plus un patient en placement non volontaire en vertu du *certificat d'admission involontaire* ou du *certificat de renouvellement*;
- le certificat présentement en vigueur expire le _____ à _____.
Date (JJ-MM-AAAA) Heure

Nom en lettres moulées du médecin traitant	<input checked="" type="checkbox"/>	Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)		
Nom en lettres moulées du patient assujetti au certificat	<input checked="" type="checkbox"/>	Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)		
Nom en lettres moulées du mandataire spécial (le cas échéant)	<input checked="" type="checkbox"/>	Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)		

Note de distribution :

- **Dans les 24 heures** suivant l'admission involontaire du patient, la présente formule, ainsi que le *plan de traitement en milieu communautaire*, doivent être remplis en collaboration avec le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis involontairement.
- Des copies de la présente formule et, celles du *plan de traitement en milieu communautaire* annexées, 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 personnelle;
 - (f) à une personne apparentée (avec le consentement du patient si a) à e) ne s'appliquent pas).

Actions supplémentaires requises :

- Remplir le *plan de traitement en milieu communautaire* et l'annexer au présent certificat.

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.