



FORMULE 11 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

CERTIFICAT RELATIF AUX DÉCISIONS LIÉES AU TRAITEMENT

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 de prendre des décisions liées au traitement.

Nom du patient		Genre	
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Adresse du patient			
Rue	Collectivité	Code postal	
Statut du patient en vertu de la Loi sur la santé mentale			
<input type="checkbox"/> patient en placement volontaire <input type="checkbox"/> patient en placement non volontaire <input type="checkbox"/> autre, précisez : _____			
Établissement désigné (lieu d'admission)			
Nom			
Rue	Collectivité	Code postal	
Date d'admission à l'établissement désigné (JJ-MM-AAAA)	Date de l'évaluation de sa capacité mentale (JJ-MM-AAAA)	Heure de l'évaluation de sa capacité mentale	

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT

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

ai évalué la capacité mentale pour prendre des décisions liées au traitement et je suis d'avis que

_____ n'est pas mentalement capable de prendre ses propres décisions liées au traitement.
(Nom complet du patient)

Pour déterminer la compétence mentale du patient, j'ai pris en considération les facteurs suivants (veuillez cocher les choix correspondants) :

le patient comprend, à la fois :


- ☐ les conditions pour lesquelles le traitement est proposé;
- ☐ la nature et les motifs du traitement;
- ☐ les risques et les bénéfices impliqués dans le suivi du traitement;
- ☐ les risques et les bénéfices de ne pas suivre le traitement;

ET

- ☐ que la condition mentale affecte sa capacité à comprendre les conséquences de la prise de décisions liées au traitement.

Les renseignements suivants soutiennent mon avis :

Énoncer les raisons précises qui soutiennent votre avis que le patient n'est pas mentalement capable de prendre des décisions liées au traitement :

Fait le _____ 20 ____ à _____ .	(Heure)
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 involontairement.
- Des copies de la présente formule 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 :

- Chercher un mandataire spécial pour représenter le patient et remplir la formule *désignation du mandataire spécial*.

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.