

FORMULE 6 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

DÉSIGNATION D’UNE PERSONNE À QUI SERONT COMMUNIQUÉS LES RENSEIGNEMENTS

Un patient détenu en vertu de la *Loi sur la santé mentale* peut désigner une autre personne pour recevoir des copies de certificat et d’autres documents.

Nom du patient ou de la personne assujetti au certificat		Genre
Numéro d’assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Adresse du patient assujetti au certificat		
Rue	Collectivité	Code postal
Établissement (lieu de détention ou d’admission)		
Name		
Rue	Collectivité	Code postal

À REMPLIR PAR LE PATIENT

Je, _____, désigne _____

(Nom en lettres moulées du patient)
(Nom en lettres moulées de la personne désignée)

pour recevoir des copies des certificats suivants, toute annulation associée et tous renseignements spécifiques :

☐ *certificat d’évaluation non volontaire;*
☐ *certificat d’admission involontaire;*
☐ *certificat(s) de renouvellement;*
☐ *certificat relatif aux décisions liées au traitement;*
☐ *certificat d’incapacité mentale;*
☐ *certificat autorisant le transfert d’un patient en placement non volontaire à un établissement à l’extérieur des Territoires du Nord-Ouest;*
☐ *désignation du mandataire spécial;*
☐ *certificat de congé de courte durée;*
☐ *certificat de traitement en milieu communautaire assisté;*
☐ *certificat obligeant le patient à se présenter à une évaluation dans un établissement de santé* (pour les patients en traitement en milieu communautaire assisté);
☐ **Autres documents** : les documents spécifiques doivent être nommés et initialisés par le patient.

Documents spécifiques partagés avec les personnes désignées	Initiales du patient

Dès que la présente désignation expire le _____ à _____, la personne nommée dans la formule ne sera plus
(JJ-MM-AAAA) (Heure)
autorisée à recevoir les copies de certificat et d'autres documents énumérés ci-dessus.

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

_____	X
Nom en lettres moulées du patient	Signature

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.