



FORMULE 12 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

DÉSIGNATION DU MANDATAIRE SPÉCIAL

L'objectif de la présente formule est de désigner un mandataire spécial pour prendre des décisions liées au traitement pour le compte du patient assujéti au *certificat relatif aux décisions liées au traitement*.

La présente désignation du mandataire spécial cessera de prendre effet à l'expiration ou à l'annulation du *certificat relatif aux décisions liées au traitement*. Le *certificat relatif aux décisions liées au traitement* expire lorsque la personne cesse d'être un patient.

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient		Genre	Date de naissance (JJ-MM-AAAA)
Adresse du patient			
Rue	Collectivité		Code postal
Établissement désigné (lieu d'admission)			
Nom			
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 : _____			
Certificat relatif aux décisions liées au traitement			
Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Médecin traitant qui à délivré le certificat	

RENSEIGNEMENTS SUR LE MANDATAIRE SPÉCIAL

Nom du mandataire spécial		Numéro de téléphone	
Adresse	Collectivité		Code postal
Lien avec le patient (voir les critères de sélection sur la prochaine page)			

J', _____, ai des motifs raisonnables de croire que le mandataire spécial désigné :
(Nom du médecin traitant ou du directeur de l'établissement désigné)

- est disponible et disposé à prendre des décisions liées au traitement pour le compte du patient;
- est disposé à assumer la responsabilité de prendre des décisions liées au traitement au nom du patient;
- a la capacité mentale;
- a été personnellement en contact avec le patient au cours des 12 derniers mois.

Le mandataire spécial est désigné selon les critères suivants :

A. Est l'une des personnes suivantes :

- ☐ personne qui a la garde légale ou l'autorité dans le cas où le patient est mineur;
- ☐ tuteur légal;
- ☐ mandataire en vertu d'une directive selon la *Loi sur les directives personnelles*.

B. Lorsqu'il n'est pas énuméré en A, il est un adulte qui est le premier énuméré dans la liste suivante, tout en étant l'ainé lorsqu'au moins deux parents sont dans la même catégorie :*

- ☐ conjoint(e);
- ☐ enfant;
- ☐ parent;
- ☐ sœur ou frère;
- ☐ grandparent;
- ☐ petit-fils ou petite-fille;
- ☐ tante ou oncle;
- ☐ nièce ou neveu.

C. Lorsqu'il n'est pas énuméré en A ou B il est un :*

- ☐ ami (adulte).

D. Lorsqu'il est énuméré en B ou C et que le patient :* **

- ☐ s'objecte à avoir comme mandataire spécial le plus proche parent;
- ☐ exprime sa volonté de désigner la personne.

Je crois que le patient est capable de participer dans la décision liée au mandataire spécial, il peut donc choisir une des personnes suivantes comme mandataire spécial :

- ☐ conjoint(e);
- ☐ enfant;
- ☐ parent;
- ☐ sœur ou frère;
- ☐ grandparent;
- ☐ petit-fils ou petite-fille;
- ☐ tante ou oncle;
- ☐ nièce ou neveu;
- ☐ ami (adulte).

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

Nom en lettres moulées du médecin traitant ou du directeur de l'établissement désigné


Signature

Adresse	Collectivité	Code postal
---------	--------------	-------------

À REMPLIR PAR LE MANDATAIRE SPÉCIAL

J'accepte les responsabilités du mandataire spécial. Je prendrai les décisions liées au traitement dans l'intérêt véritable du patient, en prenant en considération les décisions exprimées par le patient ou qu'il aurait prises s'il était mentalement capable.

Nom en lettres moulées _____ X
Signature

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

*À REMPLIR SEULEMENT PAR LE MANDATAIRE SPÉCIAL ÉNUMÉRÉ DANS LES SECTIONS B, C OU D

Je certifie que :

- ☐ Ma relation avec le patient est : _____ .
- ☐ J'ai été personnellement en contact avec le patient *au cours des 12 derniers mois*.
- ☐ Je suis prêt à prendre des décisions liées au traitement au nom du patient.

Nom en lettres moulées _____ X
Signature

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

**À REMPLIR PAR LE PATIENT SI LA SECTION D S'APPLIQUE

Je suis en accord avec la désignation du mandataire spécial identifié :

Nom en lettres moulées _____ X
Signature

Fait le _____ 20 _____ à _____ .
(Heure)

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 au mandataire spécial et, le cas échéant :
 - (a) à la personne désignée par le patient pour recevoir les renseignements;
 - (b) à la personne qui a la garde légale ou l'autorité dans le cas où le patient est mineur;
 - (c) au tuteur légal;
 - (d) au mandataire désigné en vertu d'une directive.

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.