



FORMULE 19 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

DEMANDE PRÉSENTÉE AU CONSEIL DE RÉVISION

Veuillez remplir la présente formule si vous souhaitez que votre demande soit entendue par le conseil de révision en santé mentale.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande, vous pouvez demander à une amie ou à un ami, à un membre de votre famille, à un professionnel de la santé ou en contactant directement le conseil de révision en santé mentale des Territoires du Nord-Ouest au 867-767-9061, poste 49177.

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

Nom		
Adresse/ case postale	Collectivité	Code postal
Courriel	Numéro(s) de téléphone	
Nom du patient ou de la personne assujetti au certificat (si différent du demandeur)		

Je, _____, présente une demande au conseil de révision en santé mentale.
(Nom en lettres moulées du demandeur)

Je suis (veuillez cocher le choix qui décrit le mieux) :

- le patient ou la personne assujetti au certificat;
- le mandataire spécial du patient;
- la personne qui, à l'égard du mineur, a la garde légale ou détient l'autorité légitime;
- le tuteur légal du patient;
- le mandataire du patient en vertu d'une directive personnelle;
- le plus proche parent du patient (veuillez préciser) : _____
- le médecin traitant du patient;
- le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis ou de l'établissement désigné où le certificat a été déposé;
- le bureau du curateur public;
- une autre personne souhaitant présenter une demande au conseil de révision (veuillez préciser votre lien avec le patient ou avec la personne) : _____

Je présente une demande pour les ordonnances ou pour les révisions suivantes (veuillez cocher les choix qui s'appliquent) :

ORDONNANCES DEMANDÉES Note : le conseil de révision peut rendre toute ordonnance qu'il estime nécessaire.

- Annuler le *certificat d'évaluation non volontaire* afin de permettre au patient de quitter l'établissement pour retourner dans la collectivité.
- Annuler le *certificat d'admission involontaire* ou le *certificat de renouvellement* afin de permettre au patient de quitter l'établissement pour retourner dans la collectivité.
- Annuler le *certificat d'incapacité mentale* afin de permettre au patient de prendre ses propres décisions quant à la gestion de ses biens.
- Certificat relatif aux décisions liées au traitement* :
 - Annuler le certificat puisque je suis d'avis que le patient est en mesure de prendre des décisions liées à son traitement.
 - Délivrer le certificat puisque je suis d'avis que le patient n'est pas en mesure de prendre des décisions liées à son traitement.
- Désigner un mandataire spécial différent (veuillez préciser la désignation demandée) :
 - _____ (veuillez préciser)
 - Une personne différente, à la discrétion du conseil de révision.
- Annuler le *certificat autorisant le transfert d'un patient en placement non volontaire à un établissement à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest* afin de permettre au patient de demeurer à l'établissement désigné dans les Territoires du Nord-Ouest.
- Annuler le *certificat de congé de courte durée* afin d'obliger le patient à retourner à l'établissement désigné pour y être traité et y recevoir des soins.
- Annuler le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* afin d'obliger le patient à retourner à l'établissement désigné pour y être traité et y recevoir des soins.
- Annuler le *certificat obligeant le patient à se présenter à une évaluation dans un établissement de santé* afin de permettre au patient de poursuivre le traitement en milieu communautaire assisté sans être évalué.
- Modifier le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* ou les conditions du *plan de traitement en milieu communautaire* de la façon suivante (veuillez préciser) :
 - _____
 - _____
 - Modifications que le conseil de révision estime nécessaires.
- Annuler le *certificat annulant le certificat de traitement en milieu communautaire assisté* afin de permettre au patient de poursuivre le traitement en milieu communautaire assisté.
- Autoriser le médecin traitant à procéder à un traitement qui a été refusé par le patient ou par son mandataire spécial.
- Ordonner qu'une psychochirurgie soit effectuée sur un patient qui a donné son consentement à cette opération.
- Enlever ou modifier les restrictions suivantes à l'exercice des droits du patient (veuillez préciser) :
 - _____
 - _____

Je présente la demande pour les motifs suivants :

Veillez joindre tous les renseignements ou documents que vous voulez que le conseil de révision examine dans l'étude de la présente demande.

X

Signature

Date (JJ-MM-AAAA)

À REMPLIR PAR LE CONSEIL DE RÉVISION EN SANTÉ MENTALE

Date de réception de la demande par le conseil de révision en santé mentale (JJ-MM-AAAA) :

Veillez envoyer la demande par télécopieur ou par courriel à :

Conseil de révision en santé mentale

5015, 49^e Rue, NGB, 6^e étage

C. P. 1320

Yellowknife NT X1A 2L9

Tél. : 867-767-9061, poste 49177

Télec. : 867-873-0143

Courriel : MHAct_ReviewBoard@gov.nt.ca

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.