



FORMULE 25 – *Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest*

MODIFICATION À UN CERTIFICAT DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ASSISTÉ

Le présent document modifie le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* afin de refléter le transfert du patient en placement non volontaire en vertu du certificat vers un différent établissement désigné situé dans les Territoires du Nord-Ouest.

Nom du patient		Genre			
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
Adresse du patient					
Rue		Collectivité		Code postal	
<i>Certificat d'admission involontaire 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)
<i>Certificat d'admission involontaire</i>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					

MODIFICATION DU CERTIFICAT

<i>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté qui fait l'objet de la modification</i>	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin qui a délivré le certificat	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration
<input type="checkbox"/> Original					
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} renouvellement					
<input type="checkbox"/> 2 ^e renouvellement					
<input type="checkbox"/> 3 ^e renouvellement					
<input type="checkbox"/> renouvellement (veuillez préciser)					

CHANGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

Établissement désigné duquel le patient est transféré		
Nom		
Rue	Collectivité	Code postal
Établissement désigné vers lequel le patient est transféré		
Nom		
Rue	Collectivité	Code postal

À REMPLIR PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ DUQUEL LE PATIENT EST TRANSFÉRÉ QUI DÉLIVRE LA MODIFICATION

J', _____ à _____,
(Nom du directeur de l'établissement désigné) (Établissement désigné duquel le patient est transféré)

ai autorisé le transfert de _____ à _____.
(Nom du patient) (Établissement désigné vers lequel le patient est transféré)

Le patient continuera de résider à _____ en vertu du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* durant son admission en placement non volontaire à l'établissement désigné vers lequel il est transféré.
(Collectivité)

Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement
désigné duquel le patient est transféré

 Signature

Fait le _____ 20 ____ à _____.
(Heure)

Note de distribution :

- La présente formule, accompagnée du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* original, correspondant au *plan de traitement en milieu communautaire* et à **toutes les modifications respectives**, doit être transmise au directeur de l'établissement désigné vers lequel le patient est transféré.
- Des copies doivent être transmises à toutes les personnes qui ont reçu le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* original.

Actions supplémentaires requises :

- La présente modification doit être annexée au *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* original, au *plan de traitement en milieu communautaire* et être accompagnée de la modification pertinente du *plan de traitement en milieu communautaire*.
- Une *autorisation de transfert d'un patient en placement non volontaire à un établissement situé dans les Territoires du Nord-Ouest* doit être complétée afin d'autoriser le transfert.
- Le *résumé des renseignements pertinents à l'appréhension et au transport d'une personne* peut être requis par l'agent de la paix ou par toute autre personne autorisée responsable du transport.

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.