



FORMULE 26 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

MODIFICATION À UN PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

La présente modification doit être accompagnée du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* et du *plan de traitement en milieu communautaire original*.

Nom du patient		Genre			
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
Adresse du patient					
Rue		Collectivité		Code postal	
Établissement désigné (lieu d'admission)					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
Médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales ou directeur de l'établissement désigné responsable de la préparation à la modification à un plan de traitement en milieu communautaire					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
Numéro de téléphone			Courriel		
<i>Certificat d'admission involontaire courant</i>	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin qui a délivré le certificat		Heure d'expiration (JJ-MM-AAAA) Heure de délivrance
<i>Certificat d'admission involontaire</i>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					
<i>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté et plan de traitement en milieu communautaire courants</i>	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin qui a délivré le certificat et le plan		Heure d'expiration (JJ-MM-AAAA) Heure de délivrance
<i>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>					
<i>Plan de traitement en milieu communautaire</i>					

La présente modification entre en vigueur le 20 à .
(Heure)

MODIFICATIONS AU PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Veuillez vérifier les parties du *plan de traitement en milieu communautaire* qui ont été modifiées. Compléter les sections correspondantes et joindre toutes les sections à la modification :

- Médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales responsable du *plan de traitement en milieu communautaire*;
- Établissement désigné où le patient est admis.

Partie 1 : Plan de traitement

- A. Évaluations requises;
- B. Modalités de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien;
- C. Modalités de surveillance;
- D. Conditions supplémentaires.

Part 2 : Mesures de soutien supplémentaires

- A. Logement;
- B. Revenu;
- C. Autre.

Entente de modification

Je comprends les modifications qui ont été apportées au *plan de traitement en milieu communautaire* pour _____
(Nom du patient)

et j'accepte de participer et de respecter le plan, tel que modifié, au meilleur de mes capacités.

Nom en lettres moulées du patient ou du mandataire spécial (le cas échéant)	<input checked="" type="checkbox"/> Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)	
Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales ou du directeur de l'établissement désigné qui délivre la modification	<input checked="" type="checkbox"/> Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)	
Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales (si différent)	<input checked="" type="checkbox"/> Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)	

**MÉDECIN CHARGÉ DE LA SURVEILLANCE ET DE LA GESTION GÉNÉRALES RESPONSABLE DU
PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE**

Médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales courant

Nom	Établissement	
Rue	Collectivité	Code postal
Numéro(s) de téléphone	Courriel	

Nouveau médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales

Nom	Établissement	
Rue	Collectivité	Code postal
Numéro(s) de téléphone	Courriel	

Je, _____ à _____,
 (Nom du nouveau médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales) (Établissement)

serai en charge de la surveillance et de la gestion générales du *plan de traitement en milieu communautaire*.

Nom en lettres moulées du nouveau médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales	<input checked="" type="checkbox"/> Signature
Fait le _____ 20 _____. (Heure)	

ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ OÙ LE PATIENT EST ADMIS*

Établissement désigné duquel le patient est transféré

Nom	Établissement	
Rue	Collectivité	Code postal

Établissement désigné vers lequel le patient est transféré

Nom	Établissement	
Rue	Collectivité	Code postal

*Ce document doit être accompagné de la modification à un certificat de traitement en milieu communautaire assisté pertinente. Le certificat de traitement en milieu communautaire assisté et le plan de traitement en milieu communautaire correspondant, avec leurs modifications, doivent être remplis par le directeur de l'établissement désigné vers lequel le patient est transféré.

PARTIE 1 : PLAN DE TRAITEMENT

A. ÉVALUATIONS REQUISES

Le patient doit se présenter aux évaluations suivantes, en plus des évaluations psychiatriques en cours requises pour un patient en placement non volontaire, à la date, à l'heure et au lieu convenus entre la personne et le médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales.

- Évaluations pour examiner l'efficacité et le respect du *plan de traitement en milieu communautaire* :
 - dans les 30 jours de sa sortie de l'établissement désigné («1^{ère} évaluation»);
 - dans les 30 jours suivant la 1^{ère} évaluation («2^e évaluation»);
 - dans les 72 heures avant l'expiration du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* ou du *certificat de renouvellement* («3^e évaluation»);
 - sur une base continue raisonnable requise par le médecin traitant chargé de la surveillance et de la gestion générales («évaluation supplémentaire»);
 - selon une demande raisonnable du patient, du mandataire spécial désigné ou d'une autre personne et/ou d'un organisme nommé dans le *plan de traitement en milieu communautaire* («évaluation supplémentaire»).
- Évaluations psychiatriques requises pour les patients en placement non volontaire sous la *Loi sur la santé mentale* («évaluations psychiatriques»).

Les évaluations requises décrites dans le *plan de traitement en milieu communautaire* original ainsi que toutes évaluations futures doivent être établies comme suit :

	Date (JJ-MM-AAAA)	Heure	Lieu
1 ^{ère} évaluation (<30 jours de sa sortie)			
2 ^e évaluation (<30 jours suivant la 1 ^{ère} évaluation)			
3 ^e évaluation (<72 h avant l'expiration)			
Évaluation(s) supplémentaire(s) (si connues)			
Évaluations psychiatriques			

B. MODALITÉS DE SURVEILLANCE, DE TRAITEMENT, DE SOINS ET/OU DE SOUTIEN *Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Les changements suivants sont requis pour les modalités de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* (veuillez les indiquer ci-dessous et remplir les sections pertinentes) :

- i.) Enlever les fournisseurs du *plan de traitement en milieu communautaire*;
- ii.) Ajouter des fournisseurs au *plan de traitement en milieu communautaire*;
- iii.) Modifier les rôles des fournisseurs du *plan de traitement en milieu communautaire*.

i.) Enlever les fournisseurs du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les personnes et/ou les organismes suivants ne seront plus responsables de la surveillance, du traitement, des soins et/ou des mesures de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* :

Nom du fournisseur		Numéro de téléphone
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Profession/rôle		
Description du traitement ou des soins :		
Terme du rôle :	Date (JJ-MM-AAAA)	Heure
Nom du fournisseur		Numéro de téléphone
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Profession/rôle		
Description du traitement ou des soins :		
Terme du rôle :	Date (JJ-MM-AAAA)	Heure
Nom du fournisseur		Numéro de téléphone
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Profession/rôle		
Description du traitement ou des soins :		
Terme du rôle :	Date (JJ-MM-AAAA)	Heure
J', _____ à _____, (Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales)		(Établissement)
ai informé les professionnels de la santé, les personnes et/ou les organismes énumérés ci-dessus de la fin de leurs rôles et de leurs obligations en vertu du <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> .		
Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales		X Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)		

ii.) Ajouter des fournisseurs au *plan de traitement en milieu communautaire*

La section suivante énonce les modalités de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien additionnelles déterminés pour le patient :

Nom du fournisseur		Numéro de téléphone
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Profession/rôle		
Description du traitement ou des soins :		
Lieu (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>		Fréquence (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>
Nom du fournisseur		Numéro de téléphone
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Profession/rôle		
Description du traitement ou des soins :		
Lieu (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>		Fréquence (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>
Name of Provider		Numéro de téléphone
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Profession/rôle		
Description du traitement ou des soins :		
Lieu (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>		Fréquence (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>
J', _____ à _____, _____, (Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales) _____ (Établissement)		
ai consulté et obtenu un consentement écrit des professionnels de la santé, des personnes et/ou des organismes énumérés ci-dessus, quant à l'exercice de leurs rôles et de leurs obligations en vertu du <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> . Un tel consentement inclut le consentement à la divulgation du nom de chaque professionnel de la santé, personne et organisme à toute autre personne ou organisme nommé dans le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> .*		
Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales		Signature 
Fait le _____ 20 _____ à _____. (Heure)		

*Veuillez joindre tous les consentements écrits à la modification à un plan de traitement en milieu communautaire complétée.

iii.) Modifier les rôles des fournisseurs en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les fournisseurs suivants qui accomplissent les tâches de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien, en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*, sont modifiés et remplacés par ceux-ci :

Nom du fournisseur	Numéro de téléphone
Autres coordonnées	
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____	
Profession/rôle	
Description du traitement ou des soins :	
Lieu (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>	Fréquence (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>
Nom du fournisseur	Numéro de téléphone
Autres coordonnées	
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____	
Profession/rôle	
Description du traitement ou des soins :	
Lieu (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>	Fréquence (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>
Nom du fournisseur	Numéro de téléphone
Autres coordonnées	
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visite à domicile <input type="checkbox"/> téléphone <input type="checkbox"/> télémédecine <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____	
Profession/rôle	
Description du traitement ou des soins :	
Lieu (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>	Fréquence (le cas échéant) * <i>Sujet à changement basé sur les besoins cliniques</i>
J', _____ à _____, (Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales)	
ai consulté et obtenu un consentement écrit des professionnels de la santé, des personnes et/ou des organismes énumérés ci-dessus quant à l'exercice de leurs rôles et de leurs obligations tel que modifiés dans la présente <i>modification à un plan de traitement en milieu communautaire</i> . Un tel consentement inclut le consentement à la divulgation du nom de chaque professionnel de la santé, personne et organisme à toute autre personne ou organisme nommé dans le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> .*	
_____ Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales	
_____ Signature	
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)	

*Veuillez joindre tous les consentements écrits à la modification au plan de traitement en milieu communautaire complétée.

C. MODALITÉS DE SURVEILLANCE *Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Les changements suivants sont requis pour les modalités de surveillance prises en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* (veuillez indiquer et remplir les sections pertinentes ci-dessous) :

- i.) Enlever les modalités de surveillance du plan de *traitement en milieu communautaire*;
 - ii.) Ajouter des modalités de surveillance au plan de *traitement en milieu communautaire*;
 - iii.) Modifier les modalités de surveillance en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*.

i.) Enlever les modalités de surveillance du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les personnes suivantes ne seront plus responsables des dispositions de surveillance mises en place pour le patient en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* :

Nom du surveillant		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal

Autres coordonnées

mandataire spécial membre de la famille (précisez) : _____ autre (précisez) : _____

Description de la surveillance :

Révocation du rôle :	Date (JJ-MM-AAAA)	Heure
-------------------------	-------------------	-------

Nom du surveillant	Numéro de téléphone
--------------------	---------------------

Rue

mandataire spécial membre de la famille (précisez) : autre (précisez) :

Description de la surveillance :

Révocation du rôle : Date (JJ-MM-AAAA) Heure

j', _____ à _____,
(Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales) (Établissement)

ai informé le mandataire spécial, les membres de la famille ou les autres personnes énumérés ci-dessus de la fin de leurs rôles et de leurs obligations en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*.

Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales  Signature

Fait le _____ 20 ____ à _____.
(Heure)

ii.) Ajouter des modalités de surveillance au *plan de traitement en milieu communautaire*

La présente section énonce les modalités de surveillance mises en place pour le patient :

Nom du surveillant		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal

Autres coordonnées

mandataire spécial membre de la famille (précisez) : _____ autre (précisez) : _____

Description de la surveillance :

Nom du surveillant		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal

Autres coordonnées

mandataire spécial membre de la famille (précisez) : autre (précisez) :

Description de la surveillance :

J', _____ à _____,
(Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales) (Établissement)

ai consulté et obtenu un consentement écrit du mandataire spécial, des membres de la famille ou des autres personnes énumérés ci-dessus quant à l'exercice de leurs rôles et de leurs obligations en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire en milieu communautaire*. Un tel consentement inclut le consentement à la divulgation du nom de chaque mandataire spécial, membre de la famille et autre personne à toute autre personne ou organisme nommé dans le *plan de traitement en milieu communautaire*.*

Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales  Signature

Fait le _____ 20 ____ à _____.
(Heure)

Digitized by srujanika@gmail.com

*Veuillez joindre tous les consentements écrits à la modification à un plan de traitement en milieu communautaire complétée.

iii.) Modifier les modalités de surveillance en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les personnes suivantes responsables des modalités de surveillance, en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*, sont modifiées et remplacées par celles-ci :

Nom du surveillant		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal

Autres coordonnées

mandataire spécial membre de la famille (précisez) : _____ autre (précisez) : _____

Description des dispositions :

Nom du surveillant		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal

Autres coordonnées

mandataire spécial membre de la famille (précisez) : _____ autre (précisez) : _____

Description des dispositions :

J', _____ à _____,
(Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales) (Établissement)

ai consulté et obtenu un accord écrit du mandataire spécial, des membres de la famille ou des autres personnes énumérés ci-dessus quant à l'exercice de leurs rôles et de leurs obligations en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*. Un tel accord inclut le consentement à la divulgation du nom de chaque mandataire spécial, membre de la famille et des autres personnes à toute autre personne ou organisme nommé dans le *plan de traitement en milieu communautaire*.*

Fait le _____ 20 ____ à _____.
(Heure)

**Veuillez joindre tous les consentements écrits à la modification à un plan de traitement en milieu communautaire complétée.*

D. CONDITIONS SUPPLÉMENTAIRES *Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Les changements suivants sont requis pour les conditions supplémentaires prises en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* (veuillez indiquer et remplir les sections pertinentes ci-dessous) :

- i.) Enlever les conditions supplémentaires du *plan de traitement en milieu communautaire*;
- ii.) Ajouter des conditions supplémentaires au *plan de traitement en milieu communautaire*.

i.) Enlever les conditions supplémentaires du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les conditions supplémentaires suivantes faites en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* sont enlevées :

ii.) Ajouter des conditions supplémentaires au *plan de traitement en milieu communautaire*

Les conditions supplémentaires suivantes faites en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* sont ajoutées :

PARTIE 2. MESURES DE SOUTIEN SUPPLÉMENTAIRES

A. LOGEMENT *Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Le patient doit résider à cette NOUVELLE adresse :

Rue	Collectivité	Code postal
Adresse postale	Collectivité	Code postal
Téléphone	Courriel	

Veuillez énumérer les personnes-ressources supplémentaires qui ont été jugées nécessaires pour maintenir un logement stable et inscrire leurs coordonnées :

B. REVENU *Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Les changements suivants sont requis pour les sources de revenus en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* (veuillez indiquer et remplir les sections pertinentes ci-dessous) :

- i.) Enlever les sources de revenus du *plan de traitement en milieu communautaire*;
- ii.) Ajouter des sources de revenus au *plan de traitement en milieu communautaire*.

i.) Enlever les sources du revenu du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les sources de revenus suivantes sont enlevées du *plan de traitement en milieu communautaire* :

Ressource/Agence/Contact	Relevé des comptes de revenus régulier

ii.) Ajouter des sources de revenus au *plan de traitement en milieu communautaire*

Les sources de revenus suivantes sont ajoutées au *plan de traitement en milieu communautaire* :

Ressource/Agence/Contact	Relevé des comptes de revenus régulier

C. AUTRE *Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Les changements suivants sont requis pour les mesures de soutien supplémentaires prises en vertu de *plan de traitement en milieu communautaire* (veuillez indiquer et remplir les sections pertinentes ci-dessous) :

- i.) Enlever les mesures de soutien supplémentaires du *plan de traitement en milieu communautaire*;
- ii.) Ajouter des mesures de soutien supplémentaires au *plan de traitement en milieu communautaire*.

i.) Enlever les mesures de soutien supplémentaires du *plan de traitement en milieu communautaire*

Les mesures de soutien supplémentaires suivantes sont enlevées du *plan de traitement en milieu communautaire* :

ii.) Ajouter des mesures de soutien supplémentaires au *plan de traitement en milieu communautaire*

Les mesures de soutien supplémentaires suivantes sont ajoutées au *plan de traitement en milieu communautaire* :

Note de distribution :

Dans les **24 heures** suivant la délivrance de la présente formule :

- elle doit être remplie par le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis en placement non volontaire;
- une copie doit être donnée au patient, et le cas échéant, à son mandataire spécial.

Des copies doivent être transmises, 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 personnelle;
- (e) à une personne apparentée (avec le consentement du patient si (a) à (d) ne s'appliquent pas).

Actions supplémentaires requises :

- La présente modification doit être annexée à **l'original** du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* et au *plan de traitement en milieu communautaire* et doit être accompagnée de toute *modification à un certificat de traitement en milieu communautaire assisté* (le cas échéant).
- Joindre tous les consentements écrits à la *modification à un plan de traitement en milieu communautaire* complétée.

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.