



**FORMULE 23 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest**

**PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE**

Le présent *plan de traitement en milieu communautaire* doit être accompagné du **certificat de traitement en milieu communautaire assisté**.

Nom du patient		Genre			
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
<b>Adresse du patient</b>					
Rue		Collectivité		Code postal	
<b>Établissement désigné (lieu d'admission)</b>					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
<b>Médecin traitant qui prépare le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i></b>					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
Numéro de téléphone			Courriel		
<b>Si différent, médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales du <i>plan de traitement en milieu communautaire</i></b>					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
Numéro de téléphone			Courriel		
<b><i>Certificat d'admission involontaire ou certificat de renouvellement courant</i></b>	<b>Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)</b>	<b>Heure de délivrance</b>	<b>Nom du médecin traitant qui a délivré le certificat</b>	<b>Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)</b>	<b>Heure d'expiration</b>
<i>Certificat d'admission involontaire</i>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					

## PARTIE 1. PLAN DE TRAITEMENT

Le patient doit participer au *plan de traitement en milieu communautaire* et avertir le médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales ou mentionner s'il y a des problèmes avec le plan ou avec sa participation au plan.

### A. Évaluations requises

Le patient doit se présenter aux évaluations à la date, à l'heure et au lieu convenus et le médecin 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<sup>ère</sup> évaluation »);
  - dans les 30 jours suivant la 1<sup>ère</sup> évaluation (« 2<sup>e</sup> évaluation »);
  - dans les 72 heures avant l'expiration du *certificat de traitement en milieu communautaire* assisté ou du *certificat de renouvellement* (« 3<sup>e</sup> évaluation »);
  - sur une base continue raisonnable tel que requis par le médecin 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 ou d'un organisme nommé dans le plan (« évaluation supplémentaire »).
- Évaluations psychiatriques requises pour les patients en placement non volontaire en vertu de la *Loi sur la santé mentale* (« évaluation psychiatrique »).

	Date (JJ-MM-AAAA)	Heure	Lieu
1 <sup>ère</sup> évaluation (<30 jours de sa sortie)			
2 <sup>e</sup> évaluation (<30 jours suivant la 1 <sup>ère</sup> évaluation)			
3 <sup>e</sup> évaluation (<72 h avant l'expiration)			
Évaluations supplémentaires (si connues)			
Évaluations psychiatriques			

### B. Modalités de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien

La présente section énumère les modalités de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien prévues pour le patient.

*\*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

Nom du fournisseur	Numéro de téléphone
--------------------	---------------------

Autres coordonnées

rendez-vous     visite à domicile     téléphone     télémédecine     autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Profession/rôle

Description du traitement ou des soins :

Lieu (le cas échéant)

*\*Sujet à changement basé sur les besoins cliniques*

Fréquence (le cas échéant)

*\*Sujet à changement basé sur les besoins cliniques*

Nom du fournisseur	Numéro de téléphone
--------------------	---------------------

Autres coordonnées

rendez-vous     visite à domicile     téléphone     télémédecine     autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Profession/rôle

Description du traitement ou des soins :

Lieu (le cas échéant)

*\*Sujet à changement basé sur les besoins cliniques*

Fréquence (le cas échéant)

*\*Sujet à changement basé sur les besoins cliniques*

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>	

### C. Modalités de surveillance

La présente section énumère les modalités de surveillance prévues pour le patient.  
*\*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

Nom		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal
Autres coordonnées		

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

Description de la surveillance :

Nom		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal
Autres coordonnées		

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

Description de la surveillance :

### D. Conditions supplémentaires

Le patient doit se conformer aux conditions supplémentaires suivantes (par exemple : les médicaments, etc.) :  
*\*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

## PARTIE 2. AUTRES MESURES DE SOUTIEN

### A. Logement

Le patient doit résider à l'adresse indiquée ci-dessous :

Rue

Adresse postale

Collectivité

Code postal

Numéro de téléphone

Courriel

Veillez énumérer les personnes-ressources supplémentaires qui ont été jugées nécessaires pour maintenir un logement stable (celui inscrit ci-dessus) et inscrire leurs coordonnées.

*\*Veillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

### B. Revenu

Le patient doit avoir mis en place les sources de revenus suivantes pendant qu'il réside dans la collectivité :

*\*Veillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

**Ressource/Agence/Contact**


**Relevé des comptes de revenu régulier**

### C. Autre

Les mesures de soutien supplémentaires suivantes sont requises :

*\*Veillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

### PARTIE 3. CONSENTEMENT DU PATIENT

Initiales du patient ou du mandataire spécial	
	Je consens aux conditions du <i>certificat de traitement en milieu communautaire</i> assisté et celles du <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> et j'adhère aux conditions spécifiques.
	J'accepte de participer au plan énoncé ci-dessus et de le respecter en entier.
	J'accepte de me présenter aux rendez-vous avec mon médecin pour les évaluations à la date, à l'heure et au lieu convenus.
	Je comprends que je demeure un patient en placement non volontaire de l'établissement, même si je suis nommé au <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> , et que le <i>certificat d'admission involontaire</i> ou que le <i>certificat de renouvellement</i> en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i> reste valable.
	Je comprends que je continue d'être un <b>patient en placement non volontaire</b> jusqu'à ce que mon <i>certificat d'admission involontaire</i> expire ou soit annulé.
	Je comprends que je peux volontairement retourner à l'établissement désigné avant que le <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> expire.
	Je comprends que je suis <b>obligé</b> de retourner à l'établissement avant que mon <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> expire, à moins qu'il ne soit renouvelé ou que je ne sois plus un patient en placement non volontaire.
	Je comprends que si le <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> est annulé, je dois immédiatement retourner à l'établissement après avoir reçu l'avis de résiliation, à moins que je ne sois plus un patient en placement non volontaire.
	Je comprends que le <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> peut être annulé si, selon le cas : a) ma condition mentale change ou, en raison d'autres circonstances, j'ai besoin d'une surveillance et d'un traitement ou de soins dans l'établissement; b) des services dans la collectivité ne sont plus disponibles et des solutions appropriées ne peuvent être organisées.
	Je comprends que si je ne me conforme pas à l'obligation de retourner à l'établissement comme prévu, je peux être appréhendé par un agent de la paix et y être ramené.
	Je comprends que si je ne respecte aucune de ces conditions, il peut en résulter l'annulation de ce <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> , signifiant que je dois retourner à l'établissement.
	J'accepte que mes renseignements personnels sur la santé soient partagés avec les personnes et les organismes énoncés dans le présent <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> en vue d'encourager ma participation au plan.
J', _____, ai lu et compris les conditions énoncées au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> et celles énoncées au <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i> . J'accepte aussi de participer et de me conformer au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> au meilleur de mes capacités. (Nom du patient ou du mandataire spécial)	
Signature du patient ou du mandataire spécial	 Signature
Fait le _____ 20 _____ à _____ .	(Heure)

## PARTIE 4. CONSENTEMENT DU MÉDECIN

Je, \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_,  
(Nom du médecin) (Établissement)

- serai responsable de la surveillance et de la gestion générales du *plan de traitement en milieu communautaire*.
- ai consulté et obtenu un accord écrit des professionnels de la santé, des personnes et/ou des organismes nommés dans la partie 1B de ce *plan de traitement en milieu communautaire* quant à l'exercice de leurs rôles et de leurs obligations. Un tel accord inclut le consentement à la divulgation du nom de chaque professionnel de la santé, des personnes et des organismes à toute autre personne ou à tout organisme nommé dans le *plan de traitement en milieu communautaire*.\*
- ai consulté et obtenu un accord écrit du mandataire spécial, des membres de la famille, ou des personnes nommées dans la partie 1C de ce *plan de traitement en milieu communautaire* quant à l'exercice de leurs rôles et de leurs obligations. 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*.\*

\_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées du médecin

X  
Signature

Fait le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ .  
(Heure)

\*Veuillez joindre tous les consentements au plan de traitement en milieu communautaire complété.

### 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 accompagnée du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*;
- une copie doit être donnée au patient et, le cas échéant, au mandataire spécial, accompagné du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*.

Des copies de la présente formule, accompagnée du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, doivent être transmises, aux personnes suivantes, selon le cas :

- (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 :

- annexer au *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*.
- Joindre tous les accords écrits au *plan de traitement en milieu communautaire complété*.

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](mailto: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.