



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

**PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE – CONSENTEMENT DU FOURNISSEUR**

\*Le médecin traitant ou le médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales qui prépare ou modifie le *plan de traitement en milieu communautaire* doit s'assurer que le *plan de traitement en milieu communautaire – consentement du patient* a été signé et rempli avant de contacter un fournisseur qui accomplira des tâches de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*. Le fournisseur peut être un professionnel de la santé, une personne et/ou un organisme.

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 qui prépare ou modifie le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i></b>					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
Courriel			Numéro de téléphone		
<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	
Courriel			Numéro de téléphone		
<b>Certificat d'admission involontaire courant</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>					
<b>ou Certificat de renouvellement</b>					

Modalités de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien		
<p>La présente partie énumère les rôles et les obligations du fournisseur qui consent à la surveillance, au traitement, aux soins et/ou aux mesures de soutien du patient en vertu du <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> (ou en vertu de la <i>modification à un plan de traitement en milieu communautaire</i>) et à faire rapport au médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales.</p> <p><i>*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.</i></p>		
Nom du fournisseur		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> rendez-vous <input type="checkbox"/> visites 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 selon les besoins cliniques</i>		Fréquences (le cas échéant) <i>*Sujet à changement selon les besoins cliniques</i>
Renseignements que le médecin doit porter à l'attention du fournisseur (le cas échéant) :		

CONSENTEMENT DU FOURNISSEUR	
À remplir par le fournisseur	
<p>J', _____, ai lu et compris le présent <i>plan de traitement en milieu communautaire – consentement du fournisseur</i> et je consens à exécuter mes rôles et mes obligations énumérés dans le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> ci-joint au meilleur de mes capacités. Je consens à ce que mon nom et ma participation au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> soient partagés avec les autres participants. <b>Je n'utiliserai ni ne divulguerai de renseignements personnels sur la santé du patient pour aucune raison autre que celle prévue dans l'exercice de mes rôles et de mes obligations énumérés dans le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> ou bien dans l'exercice d'une obligation légale.</b></p>	
_____ Nom en lettres moulées du fournisseur	_____ X Signature
Fait le _____ 20 _____ à _____ . (Heure)	

Médecin qui prépare ou modifie le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i>	
_____ X Signature	
Fait le _____ 20 _____ à _____ . (Heure)	

#### Actions supplémentaires requises :

- Le médecin doit annexer le *plan de traitement en milieu communautaire* ou (le cas échéant) la *modification à un plan de traitement en milieu communautaire*.

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.