

FORMULE DE CONSENTEMENT – *Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest*
PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE – CONSENTEMENT DU PATIENT

*Le médecin traitant **doit** avoir signé le *plan de traitement en milieu communautaire – consentement du patient* avant de contacter un fournisseur ou un surveillant qui accomplira les tâches de surveillance, de traitement, de soins et/ou de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*.


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

CONSENTEMENT DU PATIENT


Initiales du patient ou du mandataire spécial	
	Je comprends que ma participation au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> est sous considération, ce qui résulterait en la possibilité que je réside dans une collectivité pendant que je suis un traitement, mais seulement selon les modalités énumérées au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> . Je dois consentir à participer au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> .
	Le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> peut nécessiter que je rencontre mon médecin afin d'être évalué aux dates, heures et lieux convenus.
	Le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> peut nécessiter que, pendant que je réside dans une collectivité, je rencontre les personnes qui me fournissent la supervision, le traitement, les soins et/ou le soutien et qui feront rapport de mes progrès au médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan. Je consens à ce que mes renseignements personnels et/ou mes renseignements personnels sur la santé soient partagés avec ces personnes afin de déterminer si elles peuvent participer à mon <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> et lors de mon <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> , si approuvé.
	Le <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> peut nécessiter que je sois surveillé, pendant que je réside dans une collectivité, par des personnes (notamment mon mandataire spécial, des membres de ma famille ou d'autres personnes) qui m'aideront à me conformer au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> , qui surveilleront mes progrès et qui feront rapport de mes progrès au médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan. Je consens à ce que mes renseignements personnels et/ou mes renseignements personnels sur la santé soient partagés avec ces personnes afin de déterminer si elles peuvent participer à mon <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> et lors de mon <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> , si approuvé.
	Je comprends que, à tout moment, je peux retirer mon consentement concernant la communication de mes renseignements personnels et/ou de mes renseignements personnels sur la santé.
	Je comprends que le fait de signer le <i>plan de traitement en milieu communautaire – consentement du patient</i> ne garantit pas l'approbation de ma participation au <i>plan de traitement en milieu communautaire</i> .

Toutes restrictions aux consentements ci-dessus de communiquer des renseignements personnels et/ou des renseignements personnels sur la santé doivent être inscrites ci-après (le cas échéant) :

Je, _____, consens à ce que mes renseignements personnels et/ou mes renseignements personnels sur la santé soient partagés aux fins du *plan de traitement en milieu communautaire – consentement du patient* afin de déterminer si mes circonstances se prêtent à une participation au *plan de traitement en milieu communautaire* et lors de mon *plan de traitement en milieu communautaire*, si approuvé.

Nom en lettres moulées du patient ou du mandataire spécial	 Signature
Fait le _____ 20 _____ à _____	(Heure)

Médecin traitant

Nom en lettres moulées du médecin traitant	 Signature
Fait le _____ 20 _____ à _____	(Heure)

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.