



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

PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE – CONSENTEMENT DU SURVEILLANT

*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 remplie avant de contacter un surveillant qui accomplira des tâches de surveillance et/ou de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire*. Le surveillant peut être un mandataire spécial, un membre de la famille ou une autre personne.

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 qui prépare ou modifie le plan de traitement en milieu communautaire					
Nom					
Rue		Collectivité	Code postal		
Courriel		Numéro de téléphone			
Si différent, médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales du plan de traitement en milieu communautaire					
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
<i>Certificat d'admission involontaire</i>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					

Modalités de surveillance

La présente partie énumère les rôles et les obligations du surveillant qui consent à assister le patient au respect de l'application du *plan de traitement en milieu communautaire* (ou en vertu de la *modification à un plan de traitement en milieu communautaire*), à surveiller le patient et à faire rapport au médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales.

*Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.

Nom		Numéro de téléphone
Rue	Collectivité	Code postal
Autres coordonnées		
<input type="checkbox"/> mandataire spécial <input type="checkbox"/> membre de la famille (précisez) : _____ <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____		
Description de la surveillance :		
Renseignements que le médecin doit porter à l'attention du surveillant (le cas échéant) :		

CONSENTEMENT DU SURVEILLANT

À remplir par le surveillant

J', _____, ai lu et compris le présent *plan de traitement en milieu communautaire – consentement du surveillant* et je consens à exécuter mes rôles et mes obligations énumérés dans le *plan de traitement en milieu communautaire* ci-joint au meilleur de mes capacités. Je consens à ce que mon nom et ma participation au *plan de traitement en milieu communautaire* soient partagés avec les autres participants. **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 plan de traitement en milieu communautaire ou bien dans l'exercice d'une obligation légale.**

Nom en lettres moulées du surveillant	<input type="checkbox"/> Signature
Fait le _____ 20 ____ à _____. (Heure)	

Médecin qui prépare ou modifie le *plan de traitement en milieu communautaire*

Nom en lettres moulées du médecin	<input type="checkbox"/> 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.