



FORMULE 10 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

RÉSUMÉ DES RENSEIGNEMENTS PERTINENTS À L'APPRÉHENSION ET AU TRANSPORT D'UNE PERSONNE

La présente formule doit rester avec la personne appréhendée et transportée

| | | |
|-------------------------------|--------------|-----------------------------------|
| Nom de la personne | Genre | Date de naissance (JJ-MM-AAAA) |
| Adresse de la personne | | |
| Rue | Collectivité | Code postal |

| | | | |
|--|--|--------|-------|
| Description physique du patient | | | |
| | | Taille | Poids |
| Caractéristiques distinctes (tattoos, cicatrices) | | | |

| La personne est assujettie aux documents suivants autorisant l'appréhension et le transport : | | |
|--|--|--|
| Document | Autorité prévue* | Durée de l'autorisation |
| <input type="checkbox"/> Certificat d'évaluation non volontaire | Appréhension et transport vers l'établissement désigné | Le plus vite possible, jusqu'à 7 jours maximum |
| <input type="checkbox"/> Certificat d'admission involontaire | Transport vers l'établissement désigné | Le plus vite possible |
| <input type="checkbox"/> Autorisation de transférer un patient en placement non volontaire à un établissement situé dans les Territoires du Nord-Ouest | Transport jusqu'à l'établissement désigné vers lequel le patient est transféré | Le plus vite possible |
| <input type="checkbox"/> Certificat autorisant le transfert d'un patient en placement non volontaire à un établissement à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest | Transport aux fins du transfert vers l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest | Le plus vite possible |
| <input type="checkbox"/> Autorisation de transfert d'un patient en provenance d'un établissement de santé de l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest vers un établissement désigné | Appréhension et transport vers un établissement désigné | Le plus vite possible |
| <input type="checkbox"/> Certificat obligeant le patient à se présenter à une évaluation dans un établissement de santé | Appréhension et transport vers un établissement de santé | Le plus vite possible, jusqu'à 30 jours maximum |
| <input type="checkbox"/> Attestation d'absence non autorisée | Appréhension et transport vers un établissement désigné | Le plus vite possible, jusqu'à 30 jours maximum |

| Fournisseur | | |
|---|------------------------------------|---------------------|
| Nom du fournisseur | Date de délivrance (JJ-MM-AAAA) | Heure de délivrance |
| L'expiration de l'autorisation (le cas échéant) | | |
| Date (JJ-MM-AAAA) | Heure | |

*L'autorité d'appréhender et de transporter une personne donne également le pouvoir de la détenir ou de la contrôler aux fins de transport.

La présente formule doit rester avec la personne appréhendée et transportée

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

Établissement ou autre emplacement duquel le patient est transféré (le cas échéant)

Nom

Rue

Collectivité

Code postal

Établissement vers lequel le patient est transféré

Nom

Rue

Collectivité

Code postal

RENSEIGNEMENTS SUR LE TRANSPORT (Si connu)

Date de départ prévue
(JJ-MM-AAAA)

Heure de
départ prévue

Autres renseignements
(le cas échéant)

Est-ce que le patient s'est déjà infligé des blessures ou a été violent envers autrui (incluant les menaces)? (Si connu)

Oui Non Inconnu

Veuillez expliquer :

Est-ce que le patient s'est déjà échappé (incluant les tentatives)? (Si connu)

Oui Non Inconnu

Veuillez expliquer :

Autres facteurs situationnels et considérations

Veuillez expliquer :

Nom en lettres moulées du professionnel de la santé ou
du directeur de l'établissement désigné qui a délivré un texte
autorisant l'appréhension ou le transport

X

Signature

Date de la demande
(JJ-MM-AAAA)

Heure de
la demande

Numéro de
téléphone

La présente formule doit rester avec la personne appréhendée et transportée

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.