



## **FORMULE 24 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest**

## RAPPORT SUR LE PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

Le présent rapport doit être transmis au **médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales** responsable du *plan de traitement en milieu communautaire*. Le présent rapport fournira les mises à jour ou les renseignements sur les progrès ou sur le non-respect du *plan de traitement en milieu communautaire*.

|                            |                                |             |
|----------------------------|--------------------------------|-------------|
| Nom du patient             | Genre                          |             |
| Numéro d'assurance-maladie | Date de naissance (JJ-MM-AAAA) |             |
| <b>Adresse du patient</b>  |                                |             |
| Rue                        | Collectivité                   | Code postal |

## **MÉDECIN CHARGÉ DE LA SURVEILLANCE ET DE LA GESTION GÉNÉRALES DU PLAN DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE**

#### **Coordonnées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales**

|                                   |              |             |
|-----------------------------------|--------------|-------------|
| Nom                               |              |             |
| Rue                               | Collectivité | Code postal |
| Télécopieur                       | Courriel     |             |
| <b>Coordonnées du fournisseur</b> |              |             |

## Coordonnées du fournisseur

|             |              |             |
|-------------|--------------|-------------|
| Nom         |              |             |
| Rue         | Collectivité | Code postal |
| Télécopieur | Courriel     |             |

### Rôle dans le *plan de traitement en milieu communautaire*

|                                       |                               |           |
|---------------------------------------|-------------------------------|-----------|
| Nom en lettres moulées du fournisseur | <u>X</u>                      | Signature |
| Fait le _____                         | 20 _____ à _____ .<br>(Heure) |           |

Le présent rapport doit être envoyé au **médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales**.

Date transmise au médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales : \_\_\_\_\_ .  
Date (JJ-MM-AAAA)

Envoyé par :

- télécopieur;
- courriel;
- autre (précisez) : \_\_\_\_\_ .

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.