



FORMULE 28 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

**CERTIFICAT ANNULANT LE CERTIFICAT DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ASSISTÉ**

Le *certificat annulant le certificat de traitement en milieu communautaire assisté* est utilisé lorsque le médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales ou le directeur de l'établissement désigné est d'avis que le patient en placement non volontaire continu de répondre aux critères de l'admission involontaire, mais qu'il a besoin de surveillance et de traitement ou de soins dans un établissement désigné.

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>Certificat d'admission involontaire courant</b>	<b>Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)</b>	<b>Heure de délivrance</b>	<b>Nom du médecin 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>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					
<b>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté qui est annulé</b>	<b>Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)</b>	<b>Heure de délivrance</b>	<b>Nom du médecin qui a délivré le certificat</b>		
<i>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>					

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN CHARGÉ DE LA SURVEILLANCE ET DE LA GESTION GÉNÉRALES OU PAR LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT**

J', \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Nom du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales ou du directeur de l'établissement désigné) (Adresse)

annule le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* délivré pour \_\_\_\_\_.  
(Nom du patient)

Selon mon avis professionnel, l'annulation du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* est basée sur une des situations suivantes :

- les critères d'admission involontaire continuent d'être satisfaits et, étant donné un changement de l'état mental du patient ou de circonstances, le patient a besoin de surveillance et de traitement ou de soins dans un établissement désigné;
- les services en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* sont devenus non disponibles et d'autres services convenables n'ont pu être offerts.

**Les renseignements suivants soutiennent mon avis :**

_____ doit retourner à _____	_____
(Nom du patient)	(Nom de l'établissement désigné)
au _____	
(Adresse de l'établissement désigné)	

Veuillez contacter la personne ci-dessous afin d'organiser le déplacement vers l'établissement désigné :	
Nom	Numéro de Téléphone

_____ Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales ou du directeur de l'établissement désigné	X _____ Signature
Fait le _____ 20 _____ à _____ .	
(Heure)	

**Note de distribution :**

- La présente formule doit être remplie en collaboration avec le directeur de l'établissement désigné où le patient est admis comme patient en placement non volontaire.
- Des copies doivent être transmises au patient et, les cas échéant :
  - (a) au mandataire spécial;
  - (b) à la personne désignée par le patient pour recevoir les renseignements;
  - (c) à la personne qui a la garde légale ou l'autorité dans le cas où le patient est mineur;
  - (d) au tuteur légal;
  - (e) au mandataire désigné en vertu d'une directive personnelle;
  - (f) à une personne apparentée (avec le consentement du patient si (a) à (e) ne s'appliquent pas).

**Actions supplémentaires requises :**

- **Un avis d'annulation doit être transmis dans les 24 heures** à tous les professionnels de la santé et à toute autre personne ou organisme nommé dans le *plan de traitement en milieu communautaire*.
- Si le patient ne retourne pas à l'établissement désigné, le médecin traitant ou le directeur de l'établissement désigné doit transmettre une *attestation d'absence non autorisée* afin que le patient soit appréhendé par un agent de la paix et retourné à l'établissement.
- **Dans les 72 heures** du retour du patient à l'établissement désigné, le médecin traitant doit mener une évaluation psychiatrique du patient afin de déterminer s'il satisfait toujours aux critères d'admission involontaire.

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.