



**FORMULE 2 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest**

**CERTIFICAT D'ÉVALUATION NON VOLONTAIRE**

Le présent certificat autorise l'appréhension d'une personne par un agent de la paix, et le transport de cette personne par un agent de la paix ou par une autre personne autorisée à l'établissement désigné **pour une période maximale de 7 jours après la délivrance du certificat**. Une fois qu'elle se trouve à l'établissement, le certificat autorise les soins non volontaires, l'observation, l'examen, l'évaluation et le traitement de la personne **pour une période maximale de 72 heures**. Il autorise également la détention et le contrôle de la personne à ces fins.

*\*Note : le présent certificat doit être délivré dans les 24 heures après avoir complété l'examen.*

Nom de la personne		Genre	
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
<b>Adresse de la personne</b> (collectivité de résidence au moment de l'examen)			
Rue		Collectivité	Code postal
<b>Établissement</b> (lieu d'examen)			
Nom			
Rue		Collectivité	Code postal

**À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ QUI DÉLIVRE LE CERTIFICAT**

J', \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, ai personnellement examiné  
(Nom du professionnel de la santé) (Titre de la profession de la santé)  
\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(Nom complet de la personne) (Collectivité)  
fait le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.  
(JJ-MM-AAAA) (Heure)

**Selon mon avis professionnel, la personne, à la fois :**

- (a) est atteinte de troubles mentaux;
- (b) en raison des troubles mentaux, selon le cas :
  - (i) risque de s'infliger ou de causer à autrui un préjudice grave ou d'être atteinte d'une importante détérioration mentale ou physique ou d'une déficience physique grave,
  - (ii) s'est récemment infligée ou a récemment causé à autrui un préjudice grave, ou a menacé ou a tenté de le faire;
- (c) est censée subir une évaluation psychiatrique non volontaire pour déterminer si elle devrait ou non être admise à un établissement désigné comme patient en placement non volontaire.

*La personne doit répondre aux critères énumérés aux alinéas (a), soit (b)(i) ou (ii) et (c) pour que le professionnel de la santé délivre le certificat.*

**Les renseignements suivants soutiennent mon avis que la personne répond aux critères cochés ci-dessus :**

Faits observés personnellement lors de l'examen :

Faits communiqués par d'autres ou autres renseignements :

**La personne nommée dans le présent certificat :**

- est déjà dans un établissement désigné et recevra une évaluation psychiatrique non volontaire à l'établissement où elle se trouve;  
OU
- a besoin d'être appréhendée et transportée vers un établissement désigné pour recevoir une évaluation psychiatrique involontaire, telle que décrite ci-dessous :

**Établissement désigné** où la personne est transportée pour une évaluation psychiatrique non volontaire

Nom

Rue

Collectivité

Code postal

**Expiration de l'autorisation** pour appréhender et transporter (\*7 jours après la délivrance du certificat)

Date (JJ-MM-AAAA)

Heure

Nom en lettres moulées du professionnel de la santé

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 la personne va recevoir une évaluation psychiatrique non volontaire.
- Des copies doivent être transmises au patient et, le 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 legal;
  - (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 *résumé de l'attestation d'appréhension et de transport* peut être nécessaire à l'agent de la paix ou à toute autre personne responsable du transport.
- **Dès que possible**, remplir la formule de la *notification des droits du patient et des autres renseignements*.

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.