



FORMULE 27 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

## CERTIFICAT OBLIGEANT LE PATIENT À SE PRÉSENTER À UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ POUR UNE ÉVALUATION OBLIGATOIRE

Le présent certificat oblige le patient en placement non volontaire assujéti à un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* à se présenter à une évaluation obligatoire. L'évaluation déterminera si les conditions et l'efficacité du *plan de traitement en milieu communautaire* sont rencontrées.

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 traitant 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 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 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 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)

oblige \_\_\_\_\_ à se présenter à l'évaluation obligatoire pour les raisons suivantes :  
(Nom du patient)

- le patient a fait défaut de se conformer à plusieurs des conditions prévues dans le *plan de traitement en milieu communautaire*;
- une évaluation est nécessaire pour déterminer l'efficacité du *plan de traitement en milieu communautaire* et si les critères d'admission involontaire continuent d'être satisfaits;
- le patient a fait défaut, ou a refusé, de se présenter à son rendez-vous pour son évaluation, tel que mentionné dans son *plan de traitement en milieu communautaire*.

#### Les renseignements suivants soutiennent mon avis :

Faits et raisons :

Veillez indiquer les preuves (rapports du *plan de traitement en milieu communautaire*, documents de révision des obligations du patient, etc.) démontrant que des efforts ont été déployés pour :

(a) aider le patient à respecter son *plan de traitement en milieu communautaire* :

(b) informer le patient de son défaut de se conformer aux conditions, ou l'une d'entre elles, énumérées dans son *plan de traitement en milieu communautaire* :

(c) informer le patient des conséquences possibles s'il ne respecte pas son *plan de traitement en milieu communautaire* :

Veillez joindre toutes les preuves énumérées ci-dessus.

**J'autorise la personne nommée dans le certificat à être appréhendée par un agent de la paix et transportée**

à \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
(Établissement désigné) (Adresse)

**pour une évaluation psychiatrique involontaire. Le présent certificat a une durée de 30 jours et expirera le \_\_\_\_\_.**  
Date (JJ-MM-AAAA)

\_\_\_\_\_  
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 involontairement.
- 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 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 *résumé des renseignements pertinents à l'appréhension et aux transports d'une personne* peut être demandé par l'agent de la paix ou par toute autre personne responsable du transport.

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](mailto: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.