



FORMULE 29 – Loi sur la santé mentale des territoires du nord-ouest

AVIS REMIS AU PATIENT QUI EST TENU DE RETOURNER À UN ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ À L'EXPIRATION D'UN CERTIFICAT DE TRAITEMENT EN MILIEU COMMUNAUTAIRE ASSISTÉ

La présente formule vous avise que le *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* est **expiré** et que vous devez **retourner à un établissement désigné**.

Nom du patient		Genre			
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)			
Adresse du patient					
Rue		Collectivité		Code postal	
Établissement désigné (lieu d'admission)					
Nom					
Rue		Collectivité		Code postal	
Certificat d'admission involontaire courant	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin traitant qui a délivré le certificat	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration
<i>Certificat d'admission involontaire</i>					
<i>ou Certificat de renouvellement</i>					
Certificat de traitement en milieu communautaire assisté courant	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Nom du médecin traitant qui a délivré le certificat	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration
<i>Certificat de traitement en milieu communautaire assisté</i>					

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

au _____ **avant le** _____ **à** _____
(Adresse de l'établissement désigné) (Date JJ-MM-AAAA) (Heure)

Veillez contacter la personne ci-dessous afin d'organiser votre déplacement vers l'établissement désigné :

Nom	Numéro de Téléphone
-----	---------------------

Nom en lettres moulées du médecin chargé de la surveillance et de la gestion générales

X
Signature

Fait le _____ 20 _____ à _____
(Heure)

Note de distribution :

- Cet avis doit être remis au patient **au moins 14 jours avant l'expiration** du *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*.
- Une copie de cet avis doit être remise aux professionnels de la santé et à toute autre personne ou organisme nommé dans le *plan de traitement communautaire* **dans les 24 heures** suivant la transmission de l'avis au patient.

Actions supplémentaires requises :

- Si le patient ne retourne pas à l'établissement désigné avant la date et l'heure mentionnées dans l'avis, le médecin traitant ou le directeur de l'établissement désigné doit délivrer 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.