



FORMULE 20 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

AVIS PRÉSENTÉ AU CONSEIL DE RÉVISION

La présente formule vise à transmettre au conseil de révision en santé mentale des Territoires du Nord-Ouest l'avis qu'une audience devra être tenue.

La présente formule doit être remplie par le directeur de l'établissement désigné, où le patient en placement non volontaire a été admis, au moins 14 jours avant la date à laquelle le patient aura atteint une période de 6 mois continue d'admission involontaire sans demande préalable d'annulation des certificats.

ATTESTATION DU DIRECTEUR

_____ est un patient en placement non volontaire à _____
(Nom du patient) (Établissement désigné)

depuis le _____ .
Date (JJ-MM-AAAA)

La personne nommée ci-dessus aura été assujettie, en date du _____, à une période de 6 mois continus d'admission
Date (JJ-MM-AAAA)

involontaire en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, sans révision par un comité de révision. À cette date, les présomptions prévues à l'article 68 de la *Loi sur la santé mentale* s'appliqueront. Une révision du *certificat d'admission involontaire* et/ou du *certificat de renouvellement* sera alors nécessaire.

Le patient nommé ci-dessus a été assujetti de façon continue aux certificats d'admission involontaire et aux renouvellements suivants :

| | Date de délivrance du certificat (JJ-MM-AAAA) | Date d'expiration du certificat (JJ-MM-AAAA) |
|--|---|--|
| <i>Certificat d'admission involontaire</i> | | |
| 1 ^{er} renouvellement (30 jours) | | |
| 2 ^e renouvellement (60 jours) | | |
| 3 ^e renouvellement (90 jours) | | |
| Renouvellement subséquent (90 jours) | | |
| Renouvellement subséquent (90 jours) | | |

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom du patient

Établissement désigné (lieu d'admission)

Nom

Rue

Collectivité

Code postal

Adresse de résidence du patient (si différente de l'établissement désigné)

Rue

Collectivité

Code postal

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTABLISSEMENT

| | Nom | Coordonnées | |
|---|-----|---------------------|----------|
| Directeur de l'établissement désigné qui délivre l'avis | | Numéro de téléphone | Courriel |
| Médecin traitant | | Numéro de téléphone | Courriel |

Si le patient réside à l'extérieur de l'établissement désigné en vertu d'un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*, veuillez nommer les professionnels de la santé, les autres personnes et/ou les organismes qui ont accepté de fournir la surveillance, le traitement, les soins ou toute autre mesure de soutien en vertu du *plan de traitement en milieu communautaire* :

| | Nom | Coordonnées |
|---|-----|-------------|
| Médecin responsable du plan | | |
| Personne ou organisme impliqué dans le plan | | |
| Personne ou organisme impliqué dans le plan | | |
| Personne ou organisme impliqué dans le plan | | |
| Personne ou organisme impliqué dans le plan | | |

**Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

Selon le cas, veuillez transmettre les noms et les coordonnées (si connues) des personnes qui fournissent un soutien au patient :

| | Nom | Coordonnées |
|---|-----|-------------|
| Mandataire spécial | | |
| Avocat | | |
| Traducteur/Interprète | | |
| Conseiller culturel/Aîné | | |
| Autre personne de soutien (précisez) : _____ | | |
| Autre personne de soutien (précisez) : _____ | | |

**Veuillez joindre des pages supplémentaires au besoin.*

| | |
|---|----------------|
| _____ Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement désigné | X Signature |
| Fait le _____ 20 ____ à _____ . <div style="text-align: center; margin-left: 300px;">(Heure)</div> | |

Veuillez envoyer la demande par télécopieur ou par courriel à :

Conseil de révision en santé mentale

5015, 49^e Rue, NGB, 6^e étage

C. P. 1320

Yellowknife NT X1A 2L9

Tél. : 867-767-9061, poste 49177

Télec. : 867-873-0143

Courriel : MHAct_ReviewBoard@gov.nt.ca

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.