



FORMULE 1 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

NOTIFICATION DES DROITS DU PATIENT ET DES AUTRES RENSEIGNEMENTS

La présente formule transmet tous les renseignements concernant les droits du patient au patient ou à la personne détenu en vertu de la *Loi sur la santé mentale* ainsi qu'à son mandataire spécial (le cas échéant) lorsqu'un *certificat d'évaluation non volontaire*, un *certificat d'admission involontaire* ou le *certificat de renouvellement* est délivré. Les renseignements sont également transmis suite à l'annulation du *certificat relatif aux décisions liées au traitement* ou lorsqu'un patient en placement volontaire demandant son congé est détenu involontairement à des fins d'examen.

Nom de la personne		Genre	
Numéro d'assurance-maladie		Date de naissance (JJ-MM-AAAA)	
Adresse de la personne			
Rue		Collectivité	Code postal
Établissement (lieu de détention)			
Nom			
Rue		Collectivité	Code postal

La présente notification est transmise :

au patient ou à la personne assujetti au certificat et, le cas échéant;

au mandataire spécial : _____ (Nom)

À remplir par le professionnel de la santé qui délivre le certificat ou par le directeur de l'établissement désigné. Les renseignements doivent être lus à la personne ou au patient et au mandataire spécial (le cas échéant). (Lors de l'examen, veuillez cocher les choix correspondants)

Vous avez été détenu parce que le professionnel de la santé est d'avis que vous répondez aux critères pour :

une évaluation non volontaire;

OU

une admission involontaire.

Les raisons pour lesquelles le certificat _____ a été délivré sont :

Vous avez le droit de déposer une demande au conseil de révision en santé mentale des Territoires du Nord-Ouest afin de recevoir une ordonnance annulant le certificat. Le conseil de révision en santé mentale est un organisme indépendant qui révisera le certificat, déterminera si vos droits ont été violés, et décidera si le certificat devra être annulé ou restera en vigueur.

Un membre de l'équipe de traitement peut vous aider à contacter le conseil de révision en santé mentale.

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

Télé. : 867-873-0143

Courriel : MHAct_ReviewBoard@gov.nt.ca

Vous avez le droit de contacter et de parler à un avocat en privé.

Si vous avez été admis involontairement à un établissement désigné, ou que votre admission non volontaire a été renouvelée, ou que vous êtes un patient en placement volontaire détenu non volontairement à des fins d'examen, vous avez le droit :

d'identifier quelqu'un qui sera informé de votre admission ou de votre détention non volontaire;

d'avoir accès à votre mandataire spécial;

d'avoir accès à des visites durant les heures de visite;

d'avoir accès à un téléphone pour appeler ou recevoir des appels;

d'avoir accès à du matériel pour écrire, envoyer et recevoir de la correspondance.

Votre docteur ou votre professionnel de la santé doit vous :

- transmettre les renseignements dans une langue et de manière que vous comprenez;
- laisser le droit de communiquer avec un membre de votre famille, s'il y a un délai pour vous amener à l'hôpital;
- laisser identifier une personne que vous voudriez avertir de votre admission à l'hôpital;
- examiner régulièrement afin de s'assurer que vous avez toujours besoin d'être admis en tant que patient en placement non volontaire;
- fournir une deuxième opinion médicale, si vous ne souhaitez pas votre congé de l'hôpital.

_____	X _____
Nom en lettres moulées du professionnel de la santé ou du directeur de l'établissement désigné	Signature

Position/titre	
Fait le _____ 20 _____ à _____ .	(Heure)

Note de distribution :

Les copies doivent être transmises au patient et, le cas échéant :

- (a) au mandataire spécial;
- (b) à la personne désignée par le patient pour recevoir de l'information.

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.