



FORMULE 18 – Loi sur la santé mentale des Territoires du Nord-Ouest

ATTESTATION D'ABSENCE NON AUTORISÉE

La présente attestation autorise un agent de la paix à mettre immédiatement sous garde un patient en placement non volontaire et de le conduire à l'établissement désigné. La présente autorisation est valide pour une durée maximale de **30 jours** à compter de la date de sa délivrance.

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	
Certificats actuels :	Date de délivrance (JJ-MM-AAAA)	Heure de délivrance	Médecin qui a délivré le certificat	Date d'expiration (JJ-MM-AAAA)	Heure d'expiration
<input type="checkbox"/> <i>certificat d'admission involontaire ou certificat de renouvellement</i>					
<input type="checkbox"/> <i>certificat de congé de courte durée (si applicable)</i>					
<input type="checkbox"/> <i>certificat de traitement en milieu communautaire assisté (si applicable)</i>					

Le patient est en absence non autorisée, en vertu de l'un ou l'autre des cas suivants :

- le patient est absent de l'établissement désigné sans autorisation et est assujéti à un *certificat de congé de courte durée* ou à un *certificat de traitement en milieu communautaire assisté*;
- le patient était absent de l'établissement désigné et était assujéti à un *certificat de congé de courte durée* qui a expiré ou a été annulé. Le patient n'est pas revenu à l'établissement désigné;
- le patient était absent de l'établissement désigné et était assujéti à *certificat de traitement en milieu communautaire assisté* qui a expiré ou a été annulé. Le patient n'est pas revenu à l'établissement désigné.

J', _____ au _____,
(Nom du directeur de l'établissement désigné ou du médecin traitant) (Adresse)

autorise que le patient en placement non volontaire nommé dans la présente formule soit mis sous garde et conduit à

_____ situé à _____.
(Nom de l'établissement désigné) (Adresse)

Nom du patient		
Dernière adresse connue de résidence du patient		
Rue	Collectivité	Code postal
Description du patient		
Autres renseignements pertinents quant aux allées et venues du patient (notamment le dernier endroit connu où se trouvait le patient) :		
Fait le _____ 20 _____ à _____ . (Heure)		
Nom en lettres moulées du directeur de l'établissement désigné ou du médecin traitant		X Signature

Actions supplémentaires requises :

- Un *résumé des renseignements pertinents à l'appréhension et au transport d'une personne* peut être demandé par l'agent de la paix ou par une autre personne autorisée responsable de l'appréhension ou 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.

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.