

# FORMULE 1 - Certificat d'examen

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. 1973, ch. M-10, art. 7.1)



Date de naissance de la personne :

No d'assurance- maladie :

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ ,  
(nom du médecin) (adresse)

médecin pratiquant dans la province du Nouveau-Brunswick, déclare que j'ai personnellement examiné

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
(nom de la personne examinée) (adresse)

le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_, et j'ai soigneusement enquêté sur tous les faits que j'ai dû considérer pour fonder mon avis quant à la nature ou au degré de gravité de la maladie mentale grave de la personne examinée.

Je suis d'avis que celle-ci peut être atteinte d'une maladie mentale grave dont la nature ou le degré de gravité sont tels qu'ils rendent nécessaire son hospitalisation dans l'intérêt de sa propre sécurité ou de la sécurité d'autrui, et qu'elle n'est pas justiciable d'admission à titre de malade en placement volontaire.

Les faits sur lesquels j'ai fondé mon avis quant à la nature et au degré de gravité de la maladie mentale grave sont les suivants:

A. Faits que j'ai observés :

---

---

---

---

---

---

---

B. Faits qui m'ont été communiqués par d'autres personnes (donner les noms et adresses) :

---

---

---

---

---

---

---

Signé le \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_, à \_\_\_\_\_ heures.

\_\_\_\_\_  
(Signature du médecin)

**REMARQUE :** Le présent certificat d'examen est sans effet s'il n'est pas signé et délivré par le médecin dans les sept jours qui suivent l'examen par le médecin de la personne qui en fait l'objet.