

FORMULE 7 - Certificat d'incapacité mentale d'une personne qui peut donner ou refuser de donner son consentement au nom d'un malade en placement non volontaire à des fins diverses

(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973, chap.M-10, para.8.5(2) et Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé, SNB 2009, chap.P-7.05, para.24.1(2))



Destinataire: L'administrateur, _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je soussigné(e), _____, of _____,
(nom du psychiatre traitant) (adresse)

psychiatre traitant de _____,
(nom de la personne)

malade en placement non volontaire détenu _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

je suis d'avis que _____,
(nom de la personne)

de _____, qui peut donner ou refuser de
(adresse de la personne)

donner son consentement conformément à l'article 8.6 de la *Loi sur la santé mentale* au nom du malade en placement non volontaire, n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement au nom du malade en placement non volontaire aux fins

(Cocher l'une des cases)

- d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique en application de l'article 8.4 de la *Loi sur la santé mentale*.
- de divulgation de renseignements en application de l'article 24.1 de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*.
- d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la *Loi sur la santé mentale*.
- de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la *Loi sur la santé mentale*.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la personne visée au certificat n'est pas capable mentalement de donner ou refuser de donner son consentement sont les suivantes:

Fait le _____, 20 _____.

(Signature du psychiatre traitant)