

FORMULE 9

**DEMANDE D'ENQUÊTE À LA COMMISSION DE RECOURS
SUR LA CAPACITÉ MENTALE
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(5))**

Je soussigné(e) _____
(nom du malade en placement non volontaire ou de la personne)

de _____,
(adresse)

demande au président de la commission de recours de mener une enquête afin de déterminer si je suis capable mentalement de donner ou de refuser de donner mon consentement [] en mon propre nom ou [] au nom de

_____ aux fins
(nom du malade en placement non volontaire)

(Cocher l'une des cases)

- [] d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique.
- [] de divulgation des renseignements en application de l'article 17 de la Loi.
- [] d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.
- [] de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

Fait le _____ 20 _____.

Signature du malade en placement
non volontaire ou de la personne