



FORMULAIRE 13 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ARTICLE 24  
**AVIS D'INTENTION DE TRANSFÉRER UN PATIENT  
EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE (RÉSIDENT DU YUKON)**

Ce formulaire doit être rempli par le médecin traitant ou par les deux médecins qui ont rempli le formulaire 7 (Certificat d'admission non volontaire) pour le patient.

**Une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :**

- ☐ au Conseil d'examen de la capacité et du consentement (fax : 867-633-6954);
- ☐ au directeur général de l'Hôpital général de Whitehorse;
- ☐ au directeur des Services de santé assurés;
- ☐ au patient, s'il est capable de donner son consentement;
- ☐ à la personne capable de consentir au nom du patient, si le patient n'est pas capable de donner son consentement au transfert.

**DANS L'AFFAIRE DE LA** *Loi sur la santé mentale*

**CONCERNANT** \_\_\_\_\_ ci-après nommé le patient.

NOM DE LA PERSONNE

Je, \_\_\_\_\_, médecin autorisé à exercer la médecine dans le territoire du Yukon, avise par la présente le Conseil d'examen de la capacité et du consentement du Yukon de l'intention de transférer le patient, un résident du Yukon, à (au) \_\_\_\_\_, un établissement provincial reconnu à \_\_\_\_\_, dans la province de (du) \_\_\_\_\_ le ou autour du AAAA/MM/JJ. Le patient sera soigné par \_\_\_\_\_.

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

MÉDECIN TRAITANT, S'IL EST CONNU

Voici les faits sur lesquels se fonde mon opinion quant à la nécessité de transférer le patient à l'établissement susmentionné :

- ☐ Le patient est apparemment capable de consentir à un traitement et a été informé de l'intention de le transférer et de son droit d'en demander la révision par le Conseil d'examen de la capacité et du consentement.
- ☐ Le patient est apparemment incapable de consentir à un traitement. La personne capable de consentir en son nom a été informée de l'intention de transférer le patient à l'établissement susmentionné.

Des copies du formulaire 7 (Certificat d'admission non volontaire) et du formulaire 11 (Certificat de renouvellement d'admission non volontaire) et des plans de traitement préparés pour le patient susmentionné sont jointes au présent formulaire.

**FAIT** à \_\_\_\_\_,  
ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin en lettres détachées

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

\_\_\_\_\_  
Nom du médecin en lettres détachées