



FORMULAIRE 8 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ALINÉA 33(1)A)
RENONCIATION AU DROIT AUTOMATIQUE À UNE AUDIENCE

Le Conseil d'examen de la capacité et du consentement procédera automatiquement à la révision de tous les certificats d'admission non volontaire et certificats de renouvellement d'admission non volontaire. Un patient peut renoncer à ce droit s'il est capable de prendre cette décision. Un avocat doit être témoin de la signature de ce formulaire.

Une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :

☐ au Conseil d'examen de la capacité et du consentement (fax : 867-633-6954).

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

Je, _____, NOM DU PATIENT

(cocher toutes les cases qui s'appliquent)

☐ a été admis à l'Hôpital général de Whitehorse à titre de patient en placement non volontaire le AAAA/MM/JJ

☐ a obtenu un renouvellement de mon statut de patient en placement non volontaire le AAAA/MM/JJ

Je comprends que le Conseil d'examen de la capacité et du consentement tiendra une audience pour procéder à la révision de ce qui précède. Si je renonce à mon droit automatique à une audience, le Conseil d'examen de la capacité et du consentement procédera à une révision sur dossier de la question. Le Conseil estimera nécessaire de tenir ou non une audience en se fondant sur cette révision. Si je ne renonce pas à mon droit à une audience, une audience en règle se tiendra.

Je comprends que je dois être capable de renoncer à mon droit, ce qui signifie que je comprends et que je suis conscient des conséquences de ma décision.

Je renonce, par la présente, à mon droit automatique à une audience en vertu de la *Loi sur la santé mentale* en ce qui concerne la question précisée ci-dessus.

FAIT à _____,

ce ____ jour de _____, 20 ____.

Signature du bénéficiaire des soins ou du patient

Nom du bénéficiaire des soins ou du patient en lettres détachées

Signature du témoin (membre du Barreau du Yukon)

Nom du témoin (membre du Barreau du Yukon) en lettres détachées