



FORMULAIRE 9 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ARTICLE 31
**DEMANDE AU CONSEIL D'EXAMEN DE LA CAPACITÉ ET
DU CONSENTEMENT POUR LES QUESTIONS RELEVANT
DE LA LOI SUR LA SANTÉ MENTALE**

Ce formulaire doit être rempli par le patient, ou par une autre personne au nom du patient, si le patient désire présenter une demande de révision à l'égard d'un certificat délivré sous le régime de la *Loi sur la santé mentale*.

Veillez fournir une copie vierge de ce formulaire au patient qui a reçu une copie du formulaire 7 (Certificat d'admission non volontaire), du formulaire 11 (Certificat de renouvellement d'admission non volontaire) ou du formulaire 17 (Certificat de retour).

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*

CONCERNANT _____ ci-après nommé le patient.
NOM DE LA PERSONNE

Destinataire : président du Conseil d'examen de la capacité et du consentement

EN CE QUI CONCERNE le patient, qui est un patient en placement non volontaire à (au)

ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

dans la province ou le territoire suivant : _____.

Je, _____, présente une demande de révision afin de déterminer si le patient
DEMANDEUR

(cocher toutes les cases qui s'appliquent)

- devrait être admis comme patient en placement non volontaire;
- devrait être admis à la suite d'un renouvellement d'admission non volontaire;
- devrait être transféré à un autre établissement;
- devrait retourner à l'hôpital à défaut de l'avoir fait pendant sa permission de sortir.

FAIT à _____,

ce ____ jour de _____, 20 ____.

Signature du demandeur

Nom du demandeur en lettres détachées

Lien du demandeur avec le patient