



DEMANDE D'ORDONNANCE D'EXAMEN MÉDICAL NON VOLONTAIRE

Ce formulaire doit être rempli par une personne qui a des motifs de croire qu'une autre personne est atteinte de troubles mentaux et qui en fait la déclaration sous serment à un juge. Le juge doit signer le formulaire et le transmettre au Conseil d'examen de la capacité et du consentement si le formulaire 2 (Ordonnance d'arrestation) est produit.

Une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :

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

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

CONCERNANT _____ ci-après nommée la personne.
NOM DE LA PERSONNE À EXAMINER

Je demande la délivrance d'une ordonnance autorisant l'arrestation, la détention et le transport de cette personne pour qu'elle soit examinée et évaluée dans un établissement de santé approuvé conformément à l'article 10 de la *Loi sur la santé mentale*. J'ai des motifs de croire que cette personne est atteinte de troubles mentaux en ce moment, qui sont basés sur les observations du comportement de la personne qui suivent. Énumérez les observations :

En me fondant sur les indications ci-dessous, j'ai des motifs de croire que cette personne est susceptible de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions corporelles, ou qu'elle a récemment fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même et qu'elle subira vraisemblablement une détérioration physique imminente et grave. Donnez des exemples :

SERMENT PRÊTÉ OU AFFIRMATION FAITE devant moi à

_____,
ce ____ jour de _____, 20 ____.

Signature du juge

Nom du juge en lettres détachées

Signature

Nom en lettres détachées

J'estime que l'existence des situations prévues au paragraphe 6(3) de la Loi sur la santé mentale n'a pas été démontrée. Par conséquent, aucune ordonnance d'arrestation ne sera délivrée pour le moment.

Signature du juge

Nom du juge en lettres détachées