



FORMULAIRE 15 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, PARAGRAPHE 25(1)
**DEMANDE DE TRANSFERT D'UN PATIENT NON RÉSIDANT
 EN PLACEMENT NON VOLONTAIRE**

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).

Une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :

- au directeur général de l'Hôpital général de Whitehorse;
- au directeur des Services de santé assurés.

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, approuve par la présente le transfert du patient, un résident du (de) _____, à (au) _____, un établissement provincial reconnu à _____, dans la province de (du) _____ le ou autour du AAAA/MM/JJ.

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.
- 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.

FAIT à _____,
 ce ____ jour de _____, 20 ____.

 Signature du médecin

 Nom du médecin en lettres détachées

 Signature du témoin

 Signature du médecin

 Nom du médecin en lettres détachées

Les renseignements qui figurent dans ce formulaire sont recueillis conformément à la Loi sur la santé mentale afin d'aviser l'Hôpital général de Whitehorse et les Services de santé assurés d'une intention de transférer un patient. Pour de plus amples renseignements, contactez le coordonnateur de la LAIPVP de Santé et Affaires sociales (H-1), C.P. 2703, Whitehorse (Yukon) Y1A 2C6, 867 667 3010.