

**CERTIFICAT DE CHANGEMENT DE STATUT**

Ce formulaire doit être rempli par un médecin afin de mettre fin au statut d'un patient en placement non volontaire établi en vertu du formulaire 7 (Certificat d'admission non volontaire) ou du formulaire 11 (Certificat de renouvellement d'admission non volontaire).

**Une copie du 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 patient;
- au parent le plus proche, au fondé de pouvoir ou au tuteur du patient, s'il est disponible.

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

**CONCERNANT** \_\_\_\_\_ ci-après nommée la personne.  
NOM DU PATIENT

Je, \_\_\_\_\_, médecin autorisé à exercer la médecine dans le territoire du Yukon, atteste avoir personnellement examiné cette personne le AAAA/MM/JJ à \_\_\_\_\_ heures. Je suis d'avis que cette personne n'est pas ou n'est plus atteinte de troubles mentaux qui la rendraient susceptible de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions corporelles graves ou de causer une détérioration mentale ou physique grave si elle n'est pas admise ou gardée à titre de patient en placement non volontaire.  
HEURE

**PAR LA PRÉSENTE, JE RÉVOQUE** les certificats en vigueur ci-dessous concernant cette personne.

- Formulaire 7 (Certificat d'admission non volontaire)
- Formulaire 11 (Certificat de renouvellement d'admission non volontaire)

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

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

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