



FORMULAIRE 7 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ARTICLES 12 ET 13  
**CERTIFICAT D’ADMISSION NON VOLONTAIRE**

Ce formulaire doit être rempli séparément par deux médecins dans les 24 heures suivant l’arrivée du patient à l’hôpital.

**Les deux copies du formulaire doivent obligatoirement être transmises :**

- au Conseil d’examen de la capacité et du consentement (fax : 867-633-6954);
- au directeur général de l’Hôpital général de Whitehorse.

**Les deux copies de ce formulaire, accompagnées d’une copie vierge du formulaire 9 (Demande au Conseil d’examen de la capacité et du consentement), doivent obligatoirement être transmises :**

- au patient, avec une copie vierge du formulaire 8 (Renonciation au droit automatique à une audience);
- au parent le plus proche, au fondé de pouvoir ou au tuteur du patient, s’il est disponible.

**Ce certificat est valable 21 jours seulement.**

**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, atteste avoir personnellement examiné le patient, dont le lieu de résidence habituelle est \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, le **AAAA/MM/JJ** à \_\_\_\_\_ heures, à \_\_\_\_\_, au Yukon.  
HEURE

**1. Conformément aux articles 12 et 13 de la Loi sur la santé mentale, j’ai procédé à un examen afin de déterminer quels sont les traitements et les soins qui doivent être donnés vu la présence, la nature et le degré de gravité des troubles mentaux du patient au moment de l’examen. Les résultats de cet examen sont les suivants :**

Décrire les réactions affectives, cognitives et comportementales du patient lors de l’entrevue/examen dont l’attitude, l’apparence générale, les réponses motrices, la parole, la condition émotionnelle, le processus de la pensée, le contenu de la pensée, les perceptions, le fonctionnement intellectuel, la perspicacité, le jugement et votre diagnostic :

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Cochez ici si vous joignez une copie de vos notes d’examen comme information probante étayant votre opinion. L’original doit être inséré dans le dossier médical du patient.



**4. Cochez la case A ou B**

A Je suis d'avis que le patient n'est pas atteint de troubles mentaux. Il devrait donc recevoir son congé.

**ou**  B À mon avis, l'information probante étaye un diagnostic de \_\_\_\_\_.

À mon avis, cette personne ne peut être admise à titre de patient en placement volontaire ou non volontaire et devrait recevoir son congé, pour les motifs suivants :

**ou**  À mon avis, cette personne ne peut être admise à titre de patient en placement involontaire et sera admise à titre de patient en placement volontaire, pour les motifs suivants :

**ou**  À mon avis, la gravité des troubles mentaux de cette personne en ce moment est telle que sauf si elle demeure sous garde à l'hôpital, elle l'amènera vraisemblablement :

à s'infliger des lésions corporelles graves ou à en infliger à autrui, pour les motifs suivants :

**ou**  à une détérioration physique ou mentale imminente et grave, pour les motifs suivants :

(information probante étayant votre opinion) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ET** cette personne ne peut être admise à titre de patient en placement volontaire, pour les motifs suivants :

(information probante étayant votre opinion) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**FAIT** à \_\_\_\_\_,

ce \_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du médecin

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

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin