



FORMULAIRE 11 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, PARAGRAPHE 16(1)
**CERTIFICAT DE RENOUVELLEMENT D'ADMISSION
 NON VOLONTAIRE**

Pour prolonger une admission non volontaire, ce formulaire doit être rempli séparément par le médecin traitant et un autre médecin.

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.

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. Ce patient a déjà été examiné et admis par la suite à titre de patient en placement involontaire le AAAA/MM/JJ à (au) _____, au Yukon.

HEURE

DATE D'ADMISSION

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

1. Conformément aux articles 13 et 16 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 continuer d'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 émotive, 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