



FORMULAIRE 5 – LOI SUR LA SANTÉ MENTALE, ARTICLE 10
**RECOMMANDATION D'ÉVALUATION PSYCHIATRIQUE
 NON VOLONTAIRE (PERSONNEL INFIRMIER)**

Ce formulaire doit être rempli par le personnel infirmier à la suite de l'examen du patient visant à évaluer son état mental.

Si une évaluation est recommandée, une copie de ce formulaire doit obligatoirement être transmise :

- au directeur général de l'Hôpital général de Whitehorse;
- au patient;
- au parent le plus proche, au fondé de pouvoir ou au tuteur, s'il est disponible;
- au Conseil d'examen de la capacité et du consentement (fax : 867-633-6954).

Si le patient reçoit son congé, une copie du formulaire doit obligatoirement être transmise :

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

Si un déplacement est requis, une demande de déplacement pour soins médicaux doit être jointe au formulaire transmis à l'Hôpital général de Whitehorse.

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

CONCERNANT _____ ci-après nommé le patient.
NOM DE LA PERSONNE

Je, _____, membre du personnel infirmier autorisé à exercer 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, et avoir consulté le D^r _____ médecin autorisé à exercer la médecine dans le territoire du Yukon.

1. Conformément à l'article 10 de la Loi sur la santé mentale, je me suis renseigné de façon sérieuse sur tous les faits nécessaires pour me faire une opinion sur la présence, la nature et le degré de gravité des troubles mentaux du patient au moment de l'évaluation, en consultation avec le médecin susmentionné. Les résultats de l'évaluation 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 antécédents en soins infirmiers étayant votre opinion. L'original doit être inséré dans le dossier médical du patient.

2. Si vous avez formé votre opinion à partir de renseignements fondés sur vos connaissances préalables, veuillez remplir cette section.

Décrivez vos connaissances préalables :

3. Si vous avez formé votre opinion à partir de renseignements rapportés par d'autres sources, veuillez remplir cette section.

Le comportement du patient décrit ci-après a été observé et m'a été communiqué par d'autres sources.

a) Source des renseignements : _____
NOM DE LA SOURCE ET LIEN AVEC LE PATIENT

b) Observations directes faites par : _____
NOM ET LIEN AVEC LE PATIENT

c) Date et heures approximatives des observations : _____

d) Brève description des observations (décrire les réactions affectives, cognitives et comportementales observées) :

4. Cochez la case A, B ou C

A Après consultation avec le D^r _____, je suis d'avis que le patient n'est pas atteint de troubles mentaux en ce moment. Il devrait donc recevoir son congé.

ou B En m'appuyant sur les renseignements fournis dans ce formulaire et après consultation avec le D^r _____, je suis d'avis que le patient est atteint de troubles mentaux en ce moment, mais qu'il n'est pas susceptible de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions corporelles et qu'il ne subira vraisemblablement pas une détérioration physique imminente et grave en raison de troubles mentaux. Il devrait donc recevoir son congé.

ou C Après consultation avec le D^r _____, je suis d'avis que le patient est atteint de troubles mentaux. En outre, après consultation avec le D^r _____, j'ai des motifs raisonnables de croire que cette personne, en raison de troubles mentaux :

a récemment menacé ou tenté de s'infliger des lésions corporelles ou menace ou tente de le faire **ET** est susceptible de s'infliger des lésions corporelles, pour les motifs suivants :

ou s'est récemment comportée ou se comporte avec violence envers une autre personne **ET** est susceptible d'infliger à autrui des lésions corporelles graves, pour les motifs suivants :

ou s'est récemment comportée ou se comporte envers une autre personne de manière à lui faire craindre qu'elle lui causera des lésions corporelles **ET** est susceptible d'infliger à autrui des lésions corporelles graves, pour les motifs suivants :

ou a récemment fait preuve ou fait preuve de son incapacité de prendre soin d'elle-même **ET** qu'elle subira vraisemblablement une détérioration physique imminente et grave, pour les motifs suivants :

(information probante étayant votre opinion) _____

ET en m'appuyant sur les renseignements fournis dans ce formulaire et après consultation avec le D^r _____, je recommande une évaluation psychiatrique non volontaire à l'établissement suivant : _____

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DÉSIGNÉ

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

Signature du membre du personnel infirmier

Nom du membre du personnel infirmier en lettres détachées

Signature du témoin