

FORMULE 6

**CERTIFICAT D'INCAPACITÉ MENTALE D'UN MALADE EN PLACEMENT
NON VOLONTAIRE POUR DONNER OU REFUSER DE DONNER
SON CONSENTEMENT À DES FINS DIVERSES
(Loi sur la santé mentale, L.R.N.-B. de 1973,
chap.M-10, para.8.5(1))**

Destinataire: L'administrateur _____
(nom de l'établissement psychiatrique)

Je soussigné(e) _____ de _____,
(nom du psychiatre traitant) (adresse)

psychiatre traitant de _____
(nom du malade)

malade en placement non volontaire âgé d'au moins seize ans.

Je suis d'avis que le malade en placement non volontaire n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement aux fins

(Cocher l'une des cases)

- d'un traitement médical autre qu'un traitement médical clinique de routine ou d'un autre traitement psychiatrique.
- de divulgation de renseignements en application de l'article 17 de la Loi.
- d'une autorisation d'absence en application de l'article 20 de la Loi.
- de transfert et détention dans un établissement psychiatrique sous une autre autorité législative en application de l'article 27 de la Loi.

Les raisons sur lesquelles j'ai fondé mon avis que la personne visée au présent certificat n'est pas capable mentalement de donner ou de refuser de donner son consentement sont les suivantes:

Fait le _____ 20 _____.

Signature du psychiatre traitant